T.C. YIL:_____
SAĞLIK BAKANLIĞI **AŞI SONUÇLARI ÇİZELGESİ** AY:_____ Form no: 013
İL:_____ TOPLAM NÜFUS:_____ İLÇE/TSM:_____ 0-11 AY BEBEK
NÜFUSU:_____ KURUM/AH:_____ **Aile Hekimi No: ----------** AYLIK 0-11 AY BEBEK
NÜFUSU:_____

AŞI	**YAŞ GRUPLARINA GÖRE YAPILAN AŞI DOZLARI**							
	Uygulama	**0 YAŞ (0-11 ay)**	**1 YAŞ (12-23 ay)**	**2-4 YAŞ (24-59 ay)**	**5-9 YAŞ**	**10-14 YAŞ**	**15 YAŞ ve Üzeri**	**TOPLAM**
DaBT-İPA-Hib AŞISI	I							
	II							
	III							
	R							
TOPLAM DaBT-İPA-Hib								
Hib AŞISI	I							
TOPLAM Hib								
DaBT-İPA Aşısı	I							
TOPLAM DaBT-İPA								
KONJUGE PNÖMOKOK AŞISI	I							
	II							
	III							
	R							
TOPLAM KPA								
ORAL POLİO AŞISI	I							
	II							
	III							
	R							
TOPLAM POLİO								
KIZAMIK KIZAMIKÇIK KABAKULAK AŞISI	I							
	R							
TOPLAM KKK								
PPD								
BCG AŞISI								
HEPATİT B AŞISI	I	BD / Bİ / T						
	II							
	III							
TOPLAM Hepatit B								

HEPATİT A AŞISI	I							
	II							
TOPLAM Hepatit A								
SU ÇİÇEĞİ	**I**							
KIZAMIKÇIK AŞISI								
Okul Td AŞISI								
DİĞER Td								
15-49 YAŞ KADIN Td AŞISI		**GEBE**			**GEBE DEĞİL**			
	Td1							
	Td2							
	Td3							
	Td4							
	Td5							
TOPLAM Td								

Hepatit B aşısının 0-11 ay grubuna 1. doz uygulaması bölge dışında (hastane, diğer kurumlar) yapıldı ise BD sütununa, kendi kurumunuzda yapıldı ise Bİ (Bölge içi)

sütununa yazılacaktır. BD ve Bİ sütunlarının toplamı T(Toplam) sütununda belirtilecektir.