



وزارة الصحة العامة
الرعاية الصحية الأولية
البرنامج الوطني للتحصين

طلب لقاحات الصغيرة ب

مشروع الوقاية من إلتهاب الكبد الفيروسي

رقم الصادر :
بيروت في :

جانب مركز توزيع اللقاحات في: _____ قضاء: _____

الرجاء تسليم السيد/ة: _____ الكمية الواردة أدناه من لقاح الصغيرة البائي لزوم تحصين المواليد الجدد لدى

مستشفى: _____ قضاء: _____ محافظة: _____

هاتف : _____ فاكس: _____ بريد إلكتروني: _____

ملاحظات	الكمية المسلمة	الكمية المطلوبة	الرصيد الحالي	الإستهلاك لتاريخه		الرصيد السابق	النوع
				هدر/تلف	مواليد ملقحين		
							لقاح الصغيرة البائي (Hepatitis B)

إدارة مستشفى ← الإسم: _____ التوقيع: _____

ملاحظة يرفق الطلب بجدول للمواليد الجدد الذي تم إعطاؤهم اللقاح عند الولادة.