**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej** | **Kwartalne sprawozdanie  z przeprowadzonych szczepień  ochronnych sporządzone według ilości wykorzystanych szczepionek**  **za okres**  **od ......................... do .................... r.** | **Adresat: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lipsku, ul. Iłżecka 6, 27-300 Lipsko** |
| **Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie** |
| **Sprawozdanie należy przekazać  w terminie 15 dni od zakończenia  kwartału** |
| **Numer identyfikacyjny – REGON** |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szczepionki** | **Jednostka miary** | **Ilość zużytej szczepionki** | **Liczba  podanych**  **dawek** | **Uwagi/Komentarze** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1.** | **DTP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod glinu. inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **2.** | **DTaP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **3.** | **Td -** Szczepionkatężcowo-błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **4.** | **T** - Szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **5.** | **BCG** - Szczepionka p/gruźlicza  inj. fiolki./10 dawek | fiolka |  |  |  |
| **6.** | Szczepionka **p/WZW** typu **B** **dla dzieci**  inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **7.** | Szczepionka **p/WZW** typu **B** dla dorosłych  inj. 1,0 ml | dawka |  |  |  |
| **8.** | Szczepionka **p/WZW** typu **B** dla dializowanych  i z obniżoną odpornością inj. 1,0 ml | dawka |  |  |  |
| **9.** | Szczepionka **p/ odrze–śwince–różyczce**  inj 0,5 ml | dawka |  |  | MMR ……………………………………………  Priorix ………………………………………….. |
| **10.** | Szczepionka **p/poliomyelitis** (żywa)  inj. fiolki/10 dawek | fiolka |  |  |  |
| **11.** | Szczepionka **p/poliomyelitis** (zabita)  inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |
| **12.** | Szczepionka **p/wściekliźnie** inaktywowana  inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |
| **13.** | Szczepionka **p/Haemophilus influenzae** typu b inj.1 dawka | dawka |  |  |  |
| **14.** | Szczepionka **p/Streptococcus pneumoniae**  inj. 1 dawka | dawka |  |  | Synflorix ………………………………………..  Prevenar 13 …………………………………… |
| **15.** | Szczepionka **p/Ospie wietrznej**  inj. 1 dawka | dawka |  |  | Varilrix …………………………………………..  Varivax………………………………………….. |
| **16.** | **DT**- Szczepionka błoniczo-tężcowa  adsorb. na wod. glinu inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |
| **17.** | **Ty**-Szczepionka durowa inj.10 ml liof/20 dawek | fiolka |  |  |  |
| **18.** | **TyT**-Szczepionka durowo-tężcowa inj. 10 ml liof/20 dawek | fiolka |  |  |  |
| **19.** | **d**-Szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj 1 amp/1 dawka | dawka |  |  |  |
| **20.** | **D**-Szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj.fiolki/ 20 dawek | fiolka |  |  |  |
| **21.** | Szczepionka **p/ko meningokokom**  inj. 1 dawka | dawka |  |  | Bexero ………………………………………….  Nimenrix ……………………………………….  NeisVac C …………….................................. |
| **22.** | **DTaP + IPV** – Szczepionka p. błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom.,złoż.) i poliomyelitis (inaktyw.), adsorb. 1 amp.-strzyk inj. 0,5 ml | dawka |  |  | Infanrix-IPV ……………….............................  Tetraxim ………………………………………. |
| **23.** | **Tdap -** Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów, 0,5 ml | dawka |  |  | Adacel ………………………………………….  Boostrix ………………………………………..  Tdap SSI ……………………………………… |
| **24.** | **DTaP-IPV-HiB - 5 w 1** - szczep. p. błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.) i haemophilus typ b (skoniugow.), ads. 0,5 ml | dawka |  |  | Infanrix-IPV+HIB………….............................  Pentaxim …………………............................. |
| **25.** | Szczepionka **p/ko rotawirusom** żywa r-r doustny 2 ml | dawka |  |  | RotaTeq ………………………………………..  Rotarix ………………………………………… |
| **26.** | Szczepionka **p/ko HPV** | dawka |  |  | Gardasil 9 ……………………………………..  Cervarix ……………………………………… |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania podpis osoby można uzyskać pod numerem telefonu ……………....................................................................................................

……………………………………………………………………………….

(nadruk lub pieczątka osoby działającej w imieniu sprawozdawcy   
 zawierające co najmniej imię i nazwisko oraz jej podpis)

……………………………………………………………….

(miejscowość i data)