**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 .......................****…………. roku** | Adresat **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Piotrkowie Trybunalskim****Al. 3 Maja 8****97-300 Piotrków Trybunalski** |
| Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie |
| Numer identyfikacyjny – REGON  | **Sprawozdanie należy przekazać w terminie 15 dni od zakończenia** **kwartału**  |
| **Lp.**  | **Nazwa szczepionki**  | **Jednostka miary**  | **Ilość zużytej szczepionki**  | **Liczba podanych dawek**  | **Uwagi/ Komentarze**  |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| **1.** | **DTP** - szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa ads. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **2.** | **CLODIVAC (19 r.ż.)** - szczepionka błoniczo-tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml  | dawka |  |  |  |
| **3.** | **TETANA** - szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **4.** | **BCG 10** – szczepionka przeciwgruźlicza inj. fiolki/10 dawek  | ampułka |  |  |  |
| **5.** | **EUVAX B 0,5 ml** - szczepionka przeciw **WZW B dla dzieci** inj. 0,5 ml  | dawka |  |  |  |
| **6.** | **EUVAX B 1 ml** - szczepionka przeciw **WZW B dla dorosłych** inj. 1,0 ml  | dawka |  |  |  |
| **7.** | **ENGERIX B 1 ml** - szczepionka przeciw **WZW B dla dializowanych** i z obniżoną odpornością inj. 1 ml | dawka |  |  |  |
| **8.** | **MMR Vax Pro** - szczepionka przeciw **odrze-śwince-różyczce** inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **9.** | **PRIORIX** - szczepionka przeciw **odrze-śwince-różyczce** inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **10.** | **IMOVAX POLIO - s**zczepionka przeciw **poliomyelitis** (zabita) inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |
| **11.** | **VERORAB** - szczepionka przeciw **wściekliźnie** inaktywowana inj. 1 dawka  | dawka |  |  |  |
| **12.** | **ACT-HIB** - szczepionka przeciw **Haemophilus influenzae** typu b inj. 1 dawka  | dawka |  |  |  |
| **13.** | **PREVENAR 13 -** szczepionka p/ **Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka  **PCV 13**  | dawka |  |  |  |
| **14.** | **SYNFLORIX** - szczepionka p/**Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka **PCV 10**  | dawka |  |  |  |
| **15.** | **VARILRIX** - szczepionka przeciw **ospie wietrznej** inj. 1 dawka  | dawka |  |  |  |
| **16.** | **VARIVAX** - szczepionka przeciw **ospie wietrznej** inj. 1 dawka  | dawka |  |  |  |
| **17.** | **BOOSTRIX (14 r.ż.)** - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), adsorbowana, o zmniejszonej zawartości antygenów | dawka |  |  |  |
| **18.** | **ADACEL (14 r.ż.)** - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), adsorbowana, o zmniejszonej zawartości antygenów | dawka |  |  |  |
| **19.** | **Tdap Szczepionka** **(14 r.ż.)** - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), adsorbowana, o zmniejszonej zawartości antygenów | dawka |  |  |  |
| **20.** | **TETRAXIM (6 r.ż.)** - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona) i poliomyelitis (inaktywowana), adsorbowana | dawka |  |  |  |
| **21.** | **INFANRIX IPV (6 r.ż.)** - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona) i poliomyelitis (inaktywowana), adsorbowana | dawka |  |  |  |
| **22.** | **INFANRIX-IPV+HIB -** szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.) i Haemophilus influeanzae typ b (skoniugowana), adsorbowana | dawka |  |  |  |
| **23.** | **PENTAXIM -** szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom. złożona), poliomyelitis (inaktyw.) Haemophilus influenzae typ b (skoniugow), adsorbowana | dawka |  |  |  |
| **24.** | **ROTATEQ -** szczepionka przeciw rotawirusom, żywa, roztwór doustny | dawka |  |  |  |
| **25.** | **CERVARIX -** szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego  | dawka |  |  |  |
| **26.** | **GARDASIL 9 -** szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego | dawka |  |  |  |
| **27.** | Szczepionki zwolnione z rezerwy…………………………………………………………………………………….(nazwa) | dawka |  |  |  |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu ………………………………………………………………

.............................................................................................

(miejscowość i data) …………………………………………………………………………………………..

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