**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

**za okres od 01.07.2023 do 30.09.2023 r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa preparatu** | **Jed. miary** | **Ilość zużytej** **Szczep.** | **Liczba podanych dawek** | **Zapas w punkcie szczepień** |
| **1.** | **DTP**-szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wodorotlenku glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **2.** | **DT**- szczepionka błoniczo-tężcowaadsorb. na wodorotlenku glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **3.** | **Clodivac**- szczepionka tężcowo - błoniczaadsorb. na wodorotlenku glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **4.** | **T**- szczepionka tężcowaadsorb. na wodorotlenku glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **5.** | **Boostrix-** szczep.p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkomórkowa) inj. 0,5 ml  | dawka |  |  |  |
| **6.** | **Tdap** szczepionkabłoniczo-tężcowo-krztuścowa, inj. 0,5ml inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **7.** | **PRIORIX**- szczep. p/ odrze, śwince, różyczce  | dawka |  |  |  |
| **8.**  | **Rotateq –** szczepionka p/rotawirusom żywa doustna, 2 ml. tuba | dawka |   |  |  |
| **9.** |  **Tetraxim -** szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa, poliomyelitis (bezkomórkowa, złożona) inj. 0,5 ml  | dawka |  |  |  |
| **10.** | **Infanrix IPV HIB** szczep.p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkomórkowa, złożona) inj. 0,5 ml  | dawka |  |  |  |
| **11** | **PENTAXIM -** szczep.p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkomórkowa, złożona) inj. 0,5 ml  | dawka |  |  |  |
| **12.** | **MMR II**- szczep. p/ odrze, śwince, różyczce  inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **13.** | **BCG** - szczepionka p/gruźlicza inj. fiolka/10 dawek  | fiolka |  |  |  |
| **14.** | **Euvax B -** szczepionka p/WZW typu B dla dzieci  inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **15.** | **Euvax B -** szczepionka p/WZW typu B dla dorosłych  inj. 1.0 ml  | dawka |  |  |  |
| **16.** | **Engerix** - Szczepionka p/WZW typu B dla osób dializowanych | dawka |  |  |  |
| **17.** | Szczepionka p/poliomyelitis (zabita) inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |
| **18.** | **VARILRIX S**zczepionka p/ospie 1 fiol. z liof. + 1 amp.-strz. z rozp. 0,5 ml + 2 igły inj. 0,5 ml   | dawka |  |  |  |
| **19** | **VARIVAX S**zczepionka p/ospie 1 fiol. z liof. + 1 amp.-strz. z rozp. 0,5 ml + 2 igły inj. 0,5 ml  | dawka |  |  |  |
| **20.** | Szczepionka p/Haemophilus influenzae B**ACT- HIB** inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **21.** | **Synflorix-**szczep. p/S.pneumoniaeampułkostrzykawka inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **22.** | **Prevenar 13** -szczepionka p/S. pneumoniae 1 amp. strzyk. po 0,5 ml +2 igly  | dawka |  |  |  |
| **23.** | **Verorab** - szczepionka p/wściekliźnie inaktywowana inj. 1 dawka  | dawka |  |  |  |
| **24.**  | **Cervarix –** szczep. p/wirusowi brodawczaka ludzkiego 1 amp.-strz. 0,5 ml. | dawka |  |  |  |
| **25** | **Gardasil 9 -** szczep. p/wirusowi brodawczaka ludzkiego 1 amp.-strz. 0,5 ml. | dawka |  |  |  |

 Pieczęć zakładu Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

**KWARTALNE SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH**

**(jednostkowe, zbiorcze)**

**za okres**

**od 01.07.2023 do 30.09.2023 roku**

**Nadzór nad kartami uodpornienia**

Pieczątka składającego sprawozdanie (przechowującego kartę uodpornienia Adresat

Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie **Sprawozdanie należy przekazać w terminie**

 **do 7 dni po okresie sprawozdawczym**

A. Regon .........................................................

B. Teryt ..............................................................

**KARTY UODPORNIEENIA PRZECHOWYWANE PRZEZ SKŁADAJĄCEGO SPRAWOZDANIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rok urodzenia pacjenta** | **Liczba kart uodpornienia** |
| **wg stanu w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozd.** | **w okresie sprawozdawczym** | **wg stanu w ostatnim dniu okresu sprawozd.** |
| **Założonych przez składającego sprawozda.** | **Otrzyma-nych od innych podmiotów** | **Usuniętych z kartoteki****z powodu zgonów,****emigracji** | **Przekaza-nych innym podmiotom** |
| **2023** |  |  |  |  |  |  |
| **2022** |  |  |  |  |  |  |
| **2021** |  |  |  |  |  |  |
| **2020** |  |  |  |  |  |  |
| **2019** |  |  |  |  |  |  |
| **2018** |  |  |  |  |  |  |
| **2017** |  |  |  |  |  |  |
| **2016** |  |  |  |  |  |  |
| **2015** |  |  |  |  |  |  |
| **2014** |  |  |  |  |  |  |
| **2013** |  |  |  |  |  |  |
| **2012** |  |  |  |  |  |  |
| **2011** |  |  |  |  |  |  |
| **2010** |  |  |  |  |  |  |
| **2009** |  |  |  |  |  |  |
| **2008** |  |  |  |  |  |  |
| **2007** |  |  |  |  |  |  |
| **2006** |  |  |  |  |  |  |
| **2005** |  |  |  |  |  |  |
| **2004** |  |  |  |  |  |  |
| **2003 i starsi** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |  |  |

**OSOBY UCHYLAJĄCE SIĘ OD OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych, których imienny wykaz dołączono do sprawozdania** |  |

Lublin, dnia………… …………………………….

 Podpis kierownika zakładu