REGON, nazwa i adres świadczeniodawcy prowadzącego punkt szczepień (wydruk lub pieczęć)			*Identyfikator ESNDS punktu szczepień*	**ZAPOTRZEBOWANIE NA SZCZEPIONKI** DO POWIATOWEJ STACJI SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ **Wersja 01.08.2026 r.**
Lp.	**Szczepionka/nazwa choroby**		**Liczba dawek zamawianej szczepionki**	**Aktualny stan magazynowy zamawianej szczepionki w punkcie szczepień / UWAGI**
1.	**BCG** - gruźlica (ampułka 10-dawkowa)			
2.	**MMR** - odra, świnka i różyczka			
3.	**VAR** - ospa wietrzna [1)]			
4.	**ROTA** - **Rotarix -** rotawirusy	na 1. dawkę		
		na 2. dawkę		
5.	**Hep B 10** (Euvax B 10 mcg/0,5 ml) wirusowe zapalenie wątroby typu B – dzieci			
6.	**Hep B 20** (Euvax B 20 mcg 1 ml / Engerix 20 mcg 1 ml) wirusowe zapalenie wątroby typu B dla dorosłych (Rodzaj wydawanego preparatu wg daty ważności oraz wg dostępności w PSSE)			
7.	**Hep B 20** (Engerix 20 mcg/1ml) wirusowe zapalenie wątroby typu B – przewlekła niewydolność nerek/ dializowani			
8.	**PCV-10** - Streptococcus pneumoniae (Synflorix)			
9.	**PCV-15 -** Streptococcus pneumoniae (Vaxneuvance)[3)]		Zamówienie na odrębnym formularzu (str. 3)	
10.	**IPV** – poliomyelitis			
11.	**HiB** - Haemophilus influenze typ B			
12.	**DTwP -** błonica, tężec, krztusiec (pełnokomórkowa)			
13.	**DTaP-HiB-IPV (5-w-1)** Pentaxim [4)] błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis, Hib			
14.	**DTaP-IPV (4-w-1)** błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis			
15.	**Tdap** - błonica, tężec, krztusiec w 14. r.ż. (Boostrix / Adacel) (bezkomórkowa)			
16.	**Boostrix** dla kobiet w ciąży [5)] **–** błonica, tężec, krztusiec			
17.	**Td** - błonica, tężec			
18.	**T** - tężec			
19.	**RAB** - wścieklizna			
20.	**HPV-9** Gardasil 9	na 1. dawkę Gardasil 9		
		na 2. dawkę Gardasil 9		
21.	**HPV-2** Cervarix	na 1. dawkę Cervarix		
		na 2. dawkę Cervarix		
	dodać pozycje w razie potrzeby			
	Zapotrzebowanie na szczepionki z rezerwy szczepionek i produktów immunologicznych:			
	dodać pozycje w razie potrzeby			

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru szczepionek

Pieczęć składającego zapotrzebowanie (kierującego placówką lub punktem szczepień)

INFORMACJA DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

1) **Szczepionka przeciw ospie wietrznej** jest wydawana dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną i mają stwierdzone upośledzenie odporności wrodzone lub nabyte o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby lub są przed planowanym leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią, a także dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną, z otoczenia ww. osób. Szczepionka przeciw ospie wietrznej wydawana jest również dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną, przebywających albo zakwalifikowanych do pobytu w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, rodzinnych domach dziecka, domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, domach pomocy społecznej, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych, interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych, żłobkach lub klubach dziecięcych.
2) **Szczepionka przeciw Streptococcus pneumoniae typu PCV-15** (Vaxneuvance) jest wydawana na nowo rozpoczynane schematy szczepień lub na kontynuację schematów rozpoczętych szczepionką Vaxneuvance dla wcześniaków, a także dzieci i młodzieży do 19. r.ż. z grup ryzyka wskazanych w § 5 rozporządzenia MZ oraz dzieci, młodzieży i osób dorosłych z grup ryzyka wskazanych w § 4 ww. rozporządzenia MZ. Zapotrzebowanie na szczepionki Vaxneuvance należy złożyć w części „zapotrzebowanie w trybie indywidualnym" (patrz 3. strona formularza). W pozostałych przypadkach stacje sanitarno-epidemiologiczne wydają szczepionkę typu PCV-10 (Synflorix).
3) **Szczepionka DTaP-HiB-IPV (5-w-1)** jest wydawana ze stacji sanitarno-epidemiologicznych na potrzeby szczepień dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciw krztuścowi szczepionką pełnokomórkową (DTwP) oraz dzieci urodzonych przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g.
4) **Szczepionka Boostrix (szczepionka typu Tdap na potrzeby kobiet w ciąży)** jest wydawana z powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (PSSE) do POZ (a także oddziałów ginekologiczno-położniczych w szpitalach) na potrzeby szczepień kobiet w ciąży od 27. do 36. tygodnia ciąży i w uzasadnionych przypadkach zagrożenia przedwczesnym porodem po ukończeniu 20. tygodnia ciąży, w schemacie jednodawkowym w celu profilaktyki zachorowań na krztusiec u noworodków i niemowląt. UWAGA: Szczepienie przeciw krztuścowi dla kobiet w ciąży należy realizować z użyciem tych szczepionek, które w ChPL posiadają zarejestrowane wskazania do podania u kobiet w ciąży: Boostrix, alternatywnie Adacel (obecnie niedostępna w dystrybucji PSSE). Natomiast szczepionka Tdap jest przeznaczona do prowadzenia szczepień w 14. r.ż. i nie posiada w ChPL wskazań do wykonywania szczepień u kobiet w ciąży.

Wzór formularza *Zapotrzebowania na szczepionki* oraz załączona *Informacja dla świadczeniodawców* zostały opracowane przez Główny Inspektorat Sanitarny

Sprawdź aktualny wzór formularza na stronie:
https://www.gov.pl/web/gis/zasady-dystrybucji-szczepionek

Zapotrzebowanie w trybie indywidualnym					
	Szczepionka i jej przeznaczenie			**Liczba zamawianej szczepionki**	**Aktualny stan magazynowy zamawianej szczepionki/ UWAGI**
	Vaxneuvance – zgodnie z przeznaczeniem (dla nowo rozpoczynanych schematów szczepień/ na kontynuację schematów rozpoczętych szczepionką Prevenar-13*) dla:				
	- wcześniaków		na 1. dawkę		
			na 2. dawkę		
			na 3. dawkę		
			na 4. dawkę		
	- osób, które są przed lub po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządów wewnętrznych, splenektomii albo z asplenią, z zaburzeniami czynności śledziony		na 1. dawkę		
			na 2. dawkę		
			na 3. dawkę		
	- osób do ukończenia 19. roku życia: po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającą z wyciekiem płynu mózgowo-rdzeniowego, przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego, przed lub po leczeniu immunosupresyjnym lub biologicznym, z wrodzonymi lub nabytymi niedoborami odporności, z nowotworami, z małopłytkowością idiopatyczną, z sferocytozą wrodzoną, z wrodzonymi wadami serca i przewlekłymi chorobami serca, z przewlekłą niewydolnością nerek lub zespołem nerczycowym, z chorobami metabolicznymi, w tym cukrzycą, z przewlekłymi chorobami płuc, w tym astmą		na 1. dawkę		
			na 2. dawkę		
			na 3. dawkę		
	DT	Dzieci z przeciwskazaniami do szczepienia przeciw krztuścowi	na 1. dawkę		
			na 2. dawkę		
			na 3. dawkę		
			na 4. dawkę		
	Błonica d	Dorośli z przeciwskazaniami do szczepienia przeciw tężcowi i krztuścowi	na 1. dawkę		
			na 2. dawkę		
			na 3. dawkę		
			na 4. dawkę		
	Inna szczepionka	*wpisać przeznaczenie szczepionki*	na 1. dawkę		
			na 2. dawkę		
			na 3. dawkę		
			na 4. dawkę		

_____

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru szczepionek

_____

Pieczęć składającego zapotrzebowanie (kierującego placówką lub punktem szczepień)

*niewłaściwe skreślić