|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *REGON, nazwa i adres*  *świadczeniodawcy prowadzącego punkt szczepień*  *(wydruk lub pieczęć)* | | **ZAPOTRZEBOWANIE NA SZCZEPIONKI**  DO POWIATOWEJ STACJI SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ | | |
| **Lp.** | **Szczepionka/nazwa choroby** | | | **Ilość zamawianej szczepionki** | **UWAGI** |
| 1. | **BCG** - gruźlica  (ampułka/fiolka zawiera 10-dawek) | | |  |  |
| 2. | **MMR** - odra, świnka i różyczka | | |  |  |
| 3. | **VZV** - ospa wietrzna | | |  |  |
| 4. | **ROTA** - rotawirusy | | |  |  |
| 5. | **HBV**  wirusowe zapalenie wątroby typu B  (0,5 ml) | | dzieci |  |  |
| 6. | **HBV** wirusowe zapalenie wątroby typu B  (1,0 ml) | | dorośli |  |  |
| 7. | **HBV** wirusowe zapalenie wątroby typu B  (1,0 ml) | | dializowani |  |  |
| 8. | **PCV-13** - Streptococcus pneumoniae (Prevenar-13)[[1]](#endnote-1) | wcześniaki  ur. przed końcem 27 tyg. | |  |  |
| populacja ogólna  **(1. dawka)** | |  |  |
| kontynuacja szczepień rozpoczętych preparatem zakupionym przez rodziców  **(2. dawka)** | |  |  |
| kontynuacja szczepień rozpoczętych preparatem zakupionym przez rodziców  **(3. dawka)** | |  |  |
| **PCV-10** - Streptococcus pneumoniae (Synflorix) | populacja ogólna | |  |  |
| 9. | **IPV** – poliomyelitis (inaktywowana) | | |  |  |
| 10. | **HiB** - Haemophilus influenze typ B | | |  |  |
| 11. | **DTwP -** błonica, tężec, krztusiec  (pełnokomórkowa) | | |  |  |
| 12. | DTaP-HiB-IPV (5-w-1) [[2]](#endnote-2) **Pentxim** | | |  |  |
| 13. | **DTaP-IPV (4-w-1)** błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis | | |  |  |
| 14. | **Tdap** - błonica, tężec, krztusiec  powyżej 6 r.ż. | | |  |  |
| 16. | **Td** - błonica, tężec | | |  |  |
| 15 | **T** - tężec | | |  |  |
| 16. | **p/wściekliznie** | | |  |  |
|  | *dodać pozycje w razie potrzeby* | |  |  |  |
|  | **Zapotrzebowanie na szczepionki z rezerwy szczepionek i produktów immunologicznych**: | | | | |
|  | dodać pozycje w razie potrzeby | |  |  |  |
|  | *dodać pozycje w razie potrzeby* | |  |  |  |
|  | *dodać pozycje w razie potrzeby* | |  |  |  |
| *Imię i nazwisko osoby upoważnionej*  *do odbioru szczepionek* | | |  | *Pieczęć zapotrzebowującego*  *(kierującego placówką lub punktem szczepień)* | |

**INFORMACJA DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW:**

) Szczepionka przeciw *Streptococcus pneumoniae* typu PCV-13 (Prevenar 13) jest obecnie wydawana (do odwołania) na potrzeby szczepienia wszystkich dzieci (szczepienia kalendarzowe w terminach zgodnych z PSO oraz szczepienia wyrównawcze dla dzieci urodzonych po dniu 31.12.2016).

**IWAGA: Szczepionka Prevenar-13 jest wydawane jedynie na szczepienia bieżące tzn. te które zaplanowano nie później niż 4 tygodnie od dnia ich pobrania ze stacji**. **Dotyczy to zarówno rozpoczynania szczepień, jak również kontynuacji już rozpoczętych szczepień )**

Szczepionka typu PCV-10 (Synflorix) jest wydawana zarówno dla kontynuowania cykli szczepień rozpoczętych tą szczepionką, jak i na rozpoczynanie nowych cykli.

2) Szczepionka DTaP-HiB-IPV (5-w-1) jest wydawana ze stacji sanitarno-epidemiologicznych na potrzeby szczepienia 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.

1. [↑](#endnote-ref-1)
2. [↑](#endnote-ref-2)