

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

