

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

KARTA ŚWIADCZENIODAWCY PROWADZĄCEGO SZCZEPIENIA OCHRONNE

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

- 1. Nazwa i adres Zakładu Opieki Zdrowotnej lub gabinetu praktyki prywatnej (właściwe podkreślić), dane teleadresowe, dane kontaktowe do osoby odpowiedzialnej za obszar szczepień w podmiocie.**

Nazwa:

Adres:

E-mail: Telefon:

Imię: Nazwisko:

E-mail: Telefon:

- 2. Dane liczbowe*, dotyczące osób kwalifikujących i prowadzących szczepienia (ilość personelu zatrudnionego, kwalifikacje w zakresie prowadzenia szczepień ochronnych: specjalizacja, kurs specjalistyczny, informacja czy personel zatrudniony prowadził szczepienia, jeśli tak, to ile lat)**

Lekarz(e)

Pielęgniarki

* bez danych osobowych

- 3. Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia zawierająca powierzenie wykonywania szczepień zleconych przez Ministra Zdrowia.**

Nr umowy:

Data umowy:

4. Wielkość rejonu

Placówka udziela świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej dla:

Dorosłych (podać liczbę osób)

Niemowląt oraz dzieci i młodzieży
(0-19) (podać liczbę osób)

II. DANE DOTYCZĄCE GABINETU

1. Harmonogram czasu pracy punktu szczepień (proszę podać planowane godziny otwarcia gabinetu)

Poniedziałek - Czwartek -
Wtorek - Piątek -
Środa - Sobota -

2. Informacja o wyposażeniu:

Lodówka przeznaczona do przechowywania szczepionek		TAK	NIE
System monitorowania ciągłego		TAK	NIE
Torba do transportu szczepionek wyposażona w termometr		TAK	NIE
Zestaw przeciwwstrząsowy		TAK	NIE

3. W podmiocie są opracowane procedury:

Higieny rąk		TAK	NIE
Postępowania po ekspozycji		TAK	NIE
Postępowania z odpadami medycznymi		TAK	NIE
Postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym		TAK	NIE
Postępowania na wypadek awarii urządzeń chłodniczych		TAK	NIE
inne (jakie):			

4. Opracowane rejestry:

Pomiaru temperatury w urządzeniu chłodniczym, służącym o przechowywania preparatów szczepionkowych		TAK	NIE
Przychodu i rozchodu preparatów szczepionkowych		TAK	NIE
Ewidencja dzieci przybyłych i wypisanych z podmiotu leczniczego wraz z informacją o pozyskaniu lub przekazaniu karty uodpornienia		TAK	NIE
Niepożądanych odczynów poszczepiennych		TAK	NIE

III.OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY

Oświadczam, że :

- Zapoznałem się z aktami prawnymi stanowiącymi podstawę prowadzenia szczepień ochronnych, a w szczególności z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych oraz z innymi przepisami sanitarno-higienicznymi dotyczącymi wymogów związanych wykonywaniem usług medycznych.
- Zapoznałem pracownika pobierającego preparaty szczepionkowe z magazynu z zasadami zachowania łańcucha chłodniczego i zasadami transportu preparatów szczepionkowych.
- Znam zasady prowadzenia sprawozdawczości ze szczepień,
- Znam adres i telefon najbliższej Konsultacyjnej Poradni Szczepień i zobowiązuję się kierować do niej na konsultacje dzieci wymagające stosowania indywidualnego kalendarza szczepień (zwłaszcza przewlekłe chore lub po wystąpieniu poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych).
- Punkt konsultacyjny ds. szczepień ochronnych:

.....
(podać adres)

.....
(Data i podpis
kierownika podmiotu leczniczego)