

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 wskazanie osoby odpowiadającej za szczepienia w placówce**

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 świadczy podstawową opiekę zdrowotną dla:

Dorosłych (podać liczbę osób)

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

II. DANE DOTYCZĄCE GABINETU

1. Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych

(przez kogo wydana, nr, data dotyczy decyzji lub opinii sanitarnej)

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

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

3. Informacja o wyposażeniu pomieszczeń:

Wyposażenie:

Lodówka przeznaczoną tylko do przechowywania szczepionek	_____	TAK	NIE
Urządzenia do transportu szczepionek wyposażone w termometr	_____	TAK	NIE
Zestaw przeciwwstrząsowy	_____	TAK	NIE
Monitoring całodobowy	_____	TAK	NIE
Kozetka lekarska	_____	TAK	NIE

4. Stanowisko do mycia i dezynfekcji:

Umywalka z ciepłą i zimną wodą	_____	TAK	NIE
Dozownik z mydłem w płynie	_____	TAK	NIE
Dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk	_____	TAK	NIE
Pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia	_____	TAK	NIE
Pojemnik na zużyte ręczniki	_____	TAK	NIE
Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia	_____	TAK	NIE

5. W placówce są opracowane i stosowane 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):

6. Opracowane i prowadzone rejestry

Pomiaru temperatury w urządzeniu chłodniczym, służącym o przechowywania preparatów szczepionkowych		TAK	NIE
Pomiaru temperatury w urządzeniu chłodniczym, służącym do transportu preparatów szczepionkowych.		TAK	NIE
Rozchodu preparatów szczepionkowych		TAK	NIE
Przychodu i rozchodu kart 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 zasad transportu preparatów szczepionkowych.
- Znam zasady prowadzenia sprawozdawczości ze szczepień,
- Znam adres i telefon najbliższej Konsultacyjnej Poradni Szczepień i zobowiązuje 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)