|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | | **Kwartalne sprawozdanie**  **z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg ilości wykorzystanych szczepionek  za okres**  **od ..................... do ..................... r.** | | | Adresat  PSSE w ….. |
| Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie | |
| Numer identyfikacyjny – REGON | | Sprawozdanie należy przekazać w terminie 15 dni po okresie sprawozdawczym |
| **Lp.** | **Nazwa szczepionki** | **Jednostka**  **miary** | **Ilość zużytej szczepionki** | **Liczba podanych dawek** | **Uwagi/ Komentarze** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Act-HiB | dawka |  |  |  |
| 2 | BCG 10 (Biomed) | **opakowanie** |  |  |  |
| 3 | Boostrix | dawka |  |  |  |
| 4 | CLODIVAC | dawka |  |  |  |
| 5 | DTP (Biomed) | dawka |  |  |  |
| 6 | ENGERIX B 20 mcg (dializowani) | dawka |  |  |  |
| 7 | Euvax B 10 mcg (dzieci) | dawka |  |  |  |
| 8 | Euvax B 20 mcg (dorośli) | dawka |  |  |  |
| 9 | IMOVAX POLIO | dawka |  |  |  |
| 10 | Infanrix-IPV | dawka |  |  |  |
| 11 | Infanrix-IPV+HIB (5w1) | dawka |  |  |  |
| 12 | MMR VAX PRO | dawka |  |  |  |
| 13 | PENTAXIM (5w1) | dawka |  |  |  |
| 14 | Prevenar 13 (wcześniaki 27 tydz.) | dawka |  |  |  |
| 15 | Prevenar 13 (grupy ryzyka) | dawka |  |  |  |
| 16 | Prevenar 13 (populacyjne) | dawka |  |  |  |
| 17 | Priorix | dawka |  |  |  |
| 18 | ROTATEQ | dawka |  |  |  |
| 19 | SYNFLORIX | dawka |  |  |  |
| 20 | Tdap Szczepionka (AJ Vaccines) | dawka |  |  |  |
| 21 | Tetana | dawka |  |  |  |
| 22 | TETRAXIM | dawka |  |  |  |
| 23 | VARILRIX | dawka |  |  |  |
| 24 | Varivax | dawka |  |  |  |
| 25 | VERORAB | dawka |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| **Program powszechnych szczepień przeciw HPV** | | | | | |
| 30 | Gardasil 9 | dawka |  |  |  |
| 31 | Cervarix | dawka |  |  |  |
| **PSO - Szczepionka przeciwbłonicza lub błoniczo-tężcowi dla osób ze wskazaniami klinicznymi** | | | | | |
| 32 | D - szczep. błonicza (dzieci) | **opakowanie** |  |  |  |
| 33 | DT - szczep. błoniczo-tężcowa | dawka |  |  |  |
| 34 | d - szczep. błonicza (dorośli) | dawka |  |  |  |
| **Szczepionka przeciw wzw typu A (szczepienia akcyjne)** | | | | | |
| 35 | AVAXIM 160 U | dawka |  |  |  |
| 36 | Havrix 720 Junior | dawka |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |
| **Szczepionka przeciw meningokokom** **(szczepienia akcyjne)** | | | | | |
| 38 | BEXSERO | dawka |  |  |  |
| 39 | Menveo | dawka |  |  |  |
| 40 | NeisVac-C | dawka |  |  |  |
| **Szczepionka przeciw durowi (szczepienia akcyjne)** | | | | | |
| 41 | Ty **-** szczep. durowa | **opakowanie** |  |  |  |
| 42 | TyT **-** szczep. durowo-tężcowa | **opakowanie** |  |  |  |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu ………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

(nadruk lub pieczątka osoby działającej w imieniu sprawozdawcy

zawierające co najmniej imię i nazwisko oraz jej podpis)

.............................................................................................

(miejscowość i data)