

| REGON, nazwa i adres świadczeniodawcy prowadzącego punkt szczepień (wydruk lub pieczęć) |                                                                                                              | Identyfikator ESNDSPunktu szczepień        | ZAPOTRZEBOWANIE NA SZCZEPIONKI<br>DO POWIATOWEJ STACJI<br>SANITARNO-<br>EPIDEMIOLÓGICZNEJ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                                                                              |                                            | Wersja 03.07.2026 r.                                                                      |
| Lp.                                                                                     | Szczepionka/nazwa choroby                                                                                    | Liczba dawek zamawianej szczepionki        | UWAGI                                                                                     |
| 1.                                                                                      | BCG - gruźlica (ampułka/ fiolka zawiera 10-dawek)                                                            |                                            |                                                                                           |
| 2.                                                                                      | MMR - odra, świnka i różyczka                                                                                |                                            |                                                                                           |
| 3.                                                                                      | VAR - ospa wietrzna <sup>1)</sup>                                                                            |                                            |                                                                                           |
| 4.                                                                                      | ROTA - Rotarix (schemat 2-dawkowy)                                                                           |                                            |                                                                                           |
| 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      |                                            | Rodzaj wydawanego preparatu wg daty ważności oraz wg dostępności w PSSE                   |
| 7.                                                                                      | Hep B 20 (Engerix 20 mcg/1ml) wirusowe zapalenie wątroby typu B – przewlekła niewydolność nerek/ dializowani |                                            |                                                                                           |
| 8.                                                                                      | PCV-10 - Streptococcus pneumoniae (Synflorix)                                                                |                                            |                                                                                           |
| 9.                                                                                      | PCV-13 - Streptococcus pneumoniae (Prevenar-13) <sup>2)</sup>                                                | Zamówienie na odrębnym formularzu (str. 3) |                                                                                           |
| 10.                                                                                     | PCV-15 - Streptococcus pneumoniae (Vaxneuvance) <sup>3)</sup>                                                | Zamówienie na odrębnym formularzu (str. 3) |                                                                                           |
| 11.                                                                                     | IPV – poliomyelitis (inaktywowana)                                                                           |                                            |                                                                                           |
| 12.                                                                                     | HiB - Haemophilus influenzae typ B                                                                           |                                            |                                                                                           |
| 13.                                                                                     | DTwP - błonica, tężec, krztusiec (pełnokomórkowa)                                                            |                                            |                                                                                           |
| 14.                                                                                     | DTaP-HiB-IPV (5-w-1) Pentaxim <sup>4)</sup>                                                                  |                                            |                                                                                           |
| 15.                                                                                     | DTaP-IPV (4-w-1)<br>błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis                                                 |                                            |                                                                                           |
| 16.                                                                                     | Tdap - błonica, tężec, krztusiec w 14. r.ż. (Boostrix / Adacel)                                              |                                            |                                                                                           |
| 17.                                                                                     | Boostrix dla kobiet w ciąży <sup>5)</sup> – błonica, tężec, krztusiec                                        |                                            |                                                                                           |
| 18.                                                                                     | Td - błonica, tężec                                                                                          |                                            |                                                                                           |
| 19.                                                                                     | T - tężec                                                                                                    |                                            |                                                                                           |
| 20.                                                                                     | RAB - p/wściekliznie                                                                                         |                                            |                                                                                           |
| 21.                                                                                     | HPV-9 Gardasil 9                                                                                             | na 1. dawkę Gardasil 9                     |                                                                                           |
|                                                                                         |                                                                                                              | na 2. dawkę Gardasil 9                     |                                                                                           |
| 22.                                                                                     | HPV-2 Cervarix                                                                                               | na 1. dawkę Cervarix                       |                                                                                           |
|                                                                                         |                                                                                                              | na 2. dawkę 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-13 (Prevenar 13)** jest wydawana dla wcześniaków urodzonych przed ukończeniem 27. tygodnia ciąży, a także dzieci i młodzieży do 19. r.ż. z grup ryzyka wskazanych w § 5 rozporządzenia MZ<sup>1</sup> oraz dzieci, młodzieży i osób dorosłych z grup ryzyka wskazanych w § 4 ww. rozporządzenia MZ, w przypadku kontynuacji szczepień przeciw pneumokokom u osób, u których szczepienie rozpoczęło szczepionką Prevenar-13. Szczepionka jest także wydawana w przypadku konieczności kontynuacji szczepień przeciw pneumokokom u dzieci powracających z zagranicy, u których szczepienie rozpoczęło szczepionką Prevenar-13 lub dzieci, u których zachodzi konieczność dokończenia po 5. r.ż. już rozpoczętych obowiązkowych szczepień wyrównawczych. Zapotrzebowanie na szczepionki Prevenar-13 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 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 szczepionki 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).
- 4) **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.
- 5) **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>

---

<sup>1)</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2025 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 782)  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250000782>



| Zapotrzebowanie w trybie indywidualnym |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                               |       |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------|-------|
|                                        | Szczepionka i jej przeznaczenie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | Liczba zamawianej szczepionki | UWAGI |
|                                        | <b>Vaxneuvance</b> – zgodnie z przeznaczeniem (dla nowo rozpoczynanych schematów szczepień/ na kontynuację schematów rozpoczętych szczepionką Prevenar-13, w przypadku braku dostępności szczepionki Prevenar-13*) dla:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | *niewłaściwe skreślić         |       |
|                                        | - wcześniaków                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                               |       |
|                                        | - osób, które są przed lub po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządów wewnętrznych, splenektomii albo z asplenią, z zaburzeniami czynności śledziony                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                               |       |
|                                        | - 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 sferocytozą 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 |             |                               |       |
|                                        | <b>Prevenar-13</b> – zgodnie z przeznaczeniem (na kontynuację rozpoczętych już schematów) dla/ na:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                               |       |
|                                        | - wcześniaków urodzonych przed ukończeniem 27. tyg. ciąży                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | na 2. dawkę |                               |       |
|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | na 3. dawkę |                               |       |
|                                        | - osób, które są przed lub po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządów wewnętrznych, splenektomii albo z asplenią, z zaburzeniami czynności śledziony                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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 sferocytozą 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 2. dawkę |                               |       |
|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | na 3. dawkę |                               |       |
|                                        | - kontynuację szczepień u dzieci urodzonych oraz/lub powracających z zagranicy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | na 2. dawkę |                               |       |
|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | na 3. dawkę |                               |       |
|                                        | - kontynuację szczepień wyrównawczych u dzieci, które ukończyły 5 r.ż.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | na 2. dawkę |                               |       |

|  |                             |                                                                          |             |  |  |
|--|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|
|  |                             |                                                                          | na 3. dawkę |  |  |
|  | <b>DT</b>                   | Dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciw krztuścowi            | na 1. dawkę |  |  |
|  |                             |                                                                          | na 2. dawkę |  |  |
|  |                             |                                                                          | na 3. dawkę |  |  |
|  |                             |                                                                          | na 4. dawkę |  |  |
|  | <b>Błonica d</b>            | Dorośli z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciw tężcowi i krztuścowi | na 1. dawkę |  |  |
|  |                             |                                                                          | na 2. dawkę |  |  |
|  |                             |                                                                          | na 3. dawkę |  |  |
|  |                             |                                                                          | na 4. dawkę |  |  |
|  | <i>Inna<br/>szczepionka</i> | <i>wpisać przeznaczenie szczepionki</i>                                  | 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)*