**RAPORT O PRZYPADKACH NIEWYKONANIA OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH\***

\**zgodnie z art. 17 ust. 9b i 9c ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U 2023 poz. 1284 ze zm.)*

**DANE DZIECKA**

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia:…………………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania:…………………………………………………………………………………………………………………….

**DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW:**

1. **MATKA**

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania:…………………………………………………………………………………………………………………….

1. **OJCIEC**

Imię i nazwisko:……………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania:…………………………………………………………………………………………………………………….

**RODZAJ I DAWKI NIEWYKONANYCH OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH (WYPEŁNIĆ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **RODZAJ SZCZEPIONKI** | **DAWKA SZCZEPIENIA** |
| Wirusowe zapalenie wątroby typu B |  |
| Inwazyjne zakażenia *Haemophilus influenzae* typu b |  |
| Inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae* |  |
| Błonica, krztusiec, tężec |  |
| Nagminne zapalenie przyusznic (świnka), odra, różyczka |  |
| Zakażenia powodowane przez rotawirusy |  |
| Gruźlica |  |
| Ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*) |  |

**PRZYCZYNA NIEWYKONANIA SZCZEPIENIA (ZAZNACZYĆ)**

NIEZNANA

NOP U OSOBY ZOBOWIĄZANEJ

WPŁYW RUCHÓW ANTYSZCZEPIONKOWYCH

WPŁYW ŚRODOWISK PROPAGUJĄCYCH MEDYCYNĘ ALTERNATYWNĄ

ODRĘBNOŚĆ KULTUROWA/RELIGIJNA

**CZY RODZICE PODPISALI OŚWIADCZENIE ODMOWY SZCZEPIEŃ (ZAZNACZYĆ):** MATKA TAK/NIE, OJCIEC TAK/NIE

………………………………………..…………………………………………..………

(nadruk lub pieczątka poradni oraz podpis lekarza)

………………….……………………………………….

 (miejscowość i data)