

REGON, nazwa i adres świadczeniodawcy prowadzącego punkt szczepień (wydruk lub pieczęć)		Identyfikator ESNDŜ punktu szczepień	ZAPOTRZEBOWANIE NA SZCZEPIONKI DO POWIATOWEJ STACJI SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
			Wersja 03.07.2026 r.
Lp.	Szczepionka/nazwa choroby	Liczba dawek zamawiane j szczepionk i	UWAGI
1.	<b>BCG</b> - gruźlica (amputka/ fiolka zawiera 10-dawek)		
2.	<b>MMR</b> - odra, świnka i różyczka		
3.	<b>VAR</b> - ospa wietrzna <sup>1)</sup>		
4.	<b>ROTA - Rotarix</b> (schemat 2-dawkowy)		
5.	<b>Hep B 10</b> (Euvax B 10 mcg/0,5 ml) wirusowe zapalenie wątroby typu B – dzieci		
6.	<b>Hep B 20</b> (Euvax B 20 mcg 1 ml / Engerix 20 mcg 1 ml) wirusowe zapalenie wątroby typu B dla dorosłych		Rodzaj wydawanego preparatu wg daty ważności oraz wg dostępności w PSSE
7.	<b>Hep B 20</b> (Engerix 20 mcg/1ml) wirusowe zapalenie wątroby typu B – przewlekła niewydolność nerek/ dializowani		
8.	<b>PCV-10</b> - Streptococcus pneumoniae (Synflorix)		
9.	<b>PCV-13</b> - Streptococcus pneumoniae (Prevenar-13) <sup>2)</sup>	Zamówienie na odrębnym formularzu (str. 3)	
10.	<b>PCV-15</b> - Streptococcus pneumoniae (Vaxneuvance) <sup>3)</sup>	Zamówienie na odrębnym formularzu (str. 3)	
11.	<b>IPV</b> – poliomyelitis (inaktywowana)		
12.	<b>HiB</b> - Haemophilus influenzae typ B		
13.	<b>DTwP</b> - błonica, tężec, krztusiec (pełnokomórkowa)		
14.	<b>DTaP-HiB-IPV (5-w-1) Pentaxim</b> <sup>4)</sup>		
15.	<b>DTaP-IPV (4-w-1)</b> błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis		
16.	<b>Tdap</b> - błonica, tężec, krztusiec w 14. r.ż. (Boostrix / Adacel)		
17.	<b>Boostrix</b> dla kobiet w ciąży <sup>5)</sup> – błonica, tężec, krztusiec		
18.	<b>Td</b> - błonica, tężec		
19.	<b>T</b> - tężec		
20.	<b>RAB</b> - p/wściekliznie		
21.	<b>HPV-9</b> Gardasil 9	na 1. dawkę Gardasil 9	
		na 2. dawkę Gardasil 9	
22.	<b>HPV-2</b> Cervarix	na 1. dawkę Cervarix	
		na 2. dawkę Cervarix	
dodać pozycje w razie potrzeby			
<b>Zapotrzebowanie na szczepionki z rezerwy szczepionek i produktów immunologicznych:</b>			
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 rozpoczęto szczepionką Prevenar-13. Szczepionka jest także wydawana w przypadku konieczności kontynuacji szczepień przeciw pneumokokom u dzieci powracających z zagranicy, u których szczepienie rozpoczęto 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 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)*