

**KARTA ŚWIADCZENIODAWCY
PROWADZĄCEGO SZCZEPIENIA OCHRONNE**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego lub gabinetu praktyki prywatnej, dane (*regon, nr księgi rejestrowej, kod jednostki/komórki organizacyjnej, telefon, fax, adres e-mail*)

.....

.....

.....

.....

.....

2. Dane dotyczące osób kwalifikujących i wykonujących szczepienia ochronne (*należy podać imię i nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu, specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, informacje dot. kursów specjalistycznych lub szkoleń w zakresie szczepień ochronnych oraz dokument potwierdzający ich ukończenie*)

a) Lekarz

.....

.....

.....

.....

b) Pielęgniarka

.....

.....

.....

.....

3. Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia zawierająca powierzenie wykonywania szczepień zleconych przez Ministra Zdrowia.

.....
(nr umowy, data)

4. Placówka świadczy podstawową opiekę zdrowotną dlaosób, w tym
.....niemowląt oraz dzieci i młodzieży.

II. DANE DOTYCZĄCE GABINETU

1. Harmonogram czasu pracy punktu szczepień (podać planowane godziny funkcjonowania punktu szczepień)

.....
.....

Czy zachowano rozdział czasowy w przyjmowaniu dzieci zdrowych, kwalifikowanych do szczepień a pozostałych pacjentów?

.....
.....

2. Informacja o wyposażeniu pomieszczeń:

- a. lodówka przeznaczona **tylko** do przechowywania szczepionek

.....

- b. system monitorujący temperaturę w urządzeniu chłodniczym, w którym przechowywane są preparaty szczepionkowe, zapewniający właściwą ochronę przed przekroczeniem wartości granicznych temperatur przechowywania (nazwa rejestratora, czy rejestrator posiada funkcję powiadamiania sms o przekroczeniu wartości granicznych temperatur, braku dopływu energii elektrycznej)

.....
.....

- c. urządzenie do transportu szczepionek wyposażone w termometr

.....

d. zestaw przeciwwstrząsowy i resuscytacyjny

.....

e. kozetka lekarska

.....

f. stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk personelu

- 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 ręcznikiem jednorazowego użycia TAK/NIE
- pojemnik na zużyte ręczniki TAK/NIE

g. dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia
TAK/NIE

h. opracowane i stosowane procedury

- higieny rąk TAK/NIE
- postępowania po ekspozycji TAK/NIE
- postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym TAK/NIE
- postępowania na wypadek awarii urządzeń chłodniczych i braku dopływu energii elektrycznej TAK/NIE
- transportu preparatów szczepionkowych z PSSE do podmiotu leczniczego TAK/NIE
- postępowania w przypadku przeterminowania preparatów szczepionkowych TAK/NIE
- postępowania z odpadami medycznymi TAK/NIE *(podać nazwę firmy, z którą podmiot leczniczy ma podpisaną umowę na wywóz odpadów medycznych, data podpisania umowy)*

.....

.....

- inne procedury *(podać jakie)*

.....

i. opracowane i prowadzone rejestry

- pomiaru temperatury w urządzeniu chłodniczym, służącym do przechowywania preparatów szczepionkowych min. 2 razy na dobę TAK/NIE
- pomiaru temperatury w urządzeniu chłodniczym, służącym do transportu preparatów szczepionkowych TAK/NIE
- rozchodu szczepionek TAK/NIE
- przychodu/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 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, rozporządzeniem w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania, a także z innymi przepisami sanitarno – higienicznymi dotyczącymi wymogów związanych wykonywaniem świadczeń medycznych,
- zostałem zapoznany z zasadami prowadzenia sprawozdawczości ze szczepień ochronnych,
- znam adres i telefon najbliższej Konsultacyjnej Poradni Szczepień i zobowiązuję się kierować do niej na konsultacje dzieci wymagające stosowania indywidualnego kalendarza szczepień (zwłaszcza przewlekłe chore lub po wystąpieniu poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych).

.....

(Data i podpis kierownika podmiotu leczniczego)