

| REGON, nazwa i adres świadczeniodawcy prowadzącego punkt szczepień<br>(wydruk lub pieczęć) |                                                                                                                      |                              | ZAPOTRZEBOWANIE NA SZCZEPIONKI<br>DO POWIATOWEJ STACJI SANITARNO-<br>EPIDEMIOLOGICZNEJ |                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                                                                                                      |                              | Liczba dawek zamawianej szczepionki                                                    | Wersja 02.01.2026 r.                                                                                            |
| Lp.                                                                                        | Szczepionka/nazwa choroby                                                                                            |                              |                                                                                        | UWAGI                                                                                                           |
| 1.                                                                                         | <b>BCG</b> - gruźlica (ampułka/fiolka zawiera 10-dawek)                                                              |                              |                                                                                        |                                                                                                                 |
| 2.                                                                                         | <b>MMR</b> - odra, świnka i różyczka                                                                                 |                              |                                                                                        |                                                                                                                 |
| 3.                                                                                         | <b>VAR</b> - ospa wietrzna <sup>1)</sup>                                                                             |                              |                                                                                        |                                                                                                                 |
| 4.                                                                                         | ROTA - <b>Rotateq</b> (schemat 3-dawkowy) <sup>2)</sup>                                                              | na cały schemat (trzy dawki) |                                                                                        | Rotateq jest wydawany na realizację nowych schematów w pakietach po trzy dawki (na całość 3-dawkowego schematu) |
|                                                                                            | ROTA - <b>Rotarix</b> (schemat 2-dawkowy) <sup>2)</sup>                                                              | wyłącznie na 2. dawkę        |                                                                                        | Rotarix jest wydawany wyłącznie na dokończenie rozpoczętych schematów szczepienia (podanie 2. dawki)            |
| 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>3)</sup>                                                 |                              | Zamówienie na odrębnym formularzu (str. 3)                                             |                                                                                                                 |
| 10.                                                                                        | <b>PCV-15</b> - Streptococcus pneumoniae (Vaxneuvance) <sup>4)</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.                                                                                        | DTaP-HiB-IPV (5-w-1) <b>Pentaxim</b> <sup>5)</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 / Tdap)                                                  |                              |                                                                                        |                                                                                                                 |
| 17.                                                                                        | <b>Boostrix</b> dla kobiet w ciąży <sup>6)</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 zapotrzebowującego  
(kierującego placówką lub punktem szczepień)

## INFORMACJA DLA ŚWIAADCZENIODAWCÓW

- 1) **Szczepionka p/ospie wietrznej** jest wydawana dla dzieci, które korzystają lub będą korzystać ze żłobka lub klubu dziecięcego (które ustawowo zaliczają się do „form opieki nad dziećmi do lat 3”). Do szczepień nieodpłatną szczepionką uprawnione są także dzieci, które już ukończyły 3 r.ż., ale nadal korzystają z ww. form opieki.
- 2) **Szczepionki przeciw rotawirusom** (Rotateq i Rotarix), zgodnie z ich Charakterystyką produktu leczniczego nie dopuszczają zamiennego stosowania tych szczepionek w ramach schematu szczepienia. **Podanie wszystkich dawek szczepienia przeciw rotawirusom musi być realizowane tym samym preparatem szczepionkowym.** Szczepionka **Rotateq** jest wydawana na przez PSSE na nowo rozpoczynane schematy szczepień w liczbie dawek zapewniającej realizację pełnych schematów tj. co najmniej 3 dawki lub liczba dawek stanowiącą wielokrotność liczby 3. Szczepionka **Rotarix** wydawana jest wyłącznie na dokończenie już rozpoczętych schematów szczepienia tj. na 2 dawkę.
- 3) **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).
- 4) **Szczepionka przeciw *Streptococcus pneumoniae* typu PCV-15** (Vaxneuvance) jest wydawana na nowo rozpoczynane schematy szczepień lub na kontynuację schematów rozpoczętych szczepionką Prevenar-13 (w przypadku braku dostępności szczepionki Prevenar-13) 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 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).
- 5) **Szczepionka DTaP-HiB-IPV (5-w-1)** jest wydawana ze stacji sanitarno-epidemiologicznych na potrzeby szczepienia 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.
- 6) **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.

Zamówienia na **szczepionki przeciw COVID-19** należy składać wyłącznie przez stronę RARS <https://pue.rars.gov.pl/login>

---

<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. 2025 poz. 782)  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250000782>

Sprawdź aktualny wzór formularza na stronie:

<https://www.gov.pl/web/gis/zasady-dystrybucji-szczepionek>



| Zapotrzebowanie w trybie indywidualnym |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                              |       |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|-------|
|                                        | Szczepionka i jej przeznaczenie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             | Ilość 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 urodzonych przed ukończeniem 27 tyg. ciąży                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                              |       |
|                                        | - 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: (1) po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającą z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego, (2) przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego, (3) przed lub po leczeniu immunosupresyjnym lub biologicznym, (4) z wrodzonymi lub nabytymi niedoborami odporności, (5) z nowotworami, (6) małopłytkowością idiopatyczną, sferocytą wrodzoną, (7) z wrodzonymi wadami serca i przewlekłymi chorobami serca, (8) z przewlekłą niewydolnością nerek lub zespołem nerczycowym, (9) z chorobami metabolicznymi, w tym cukrzycą, (10) z przewlekłymi chorobami płuc, w tym astmą |             |                              |       |
|                                        | <b>Prevenar-13</b> – zgodnie z przeznaczeniem (na kontynuację rozpoczętych już schematów) dla:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                              |       |
|                                        | - 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: (1) po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającą z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego, (2) przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego, (3) przed lub po leczeniu immunosupresyjnym lub biologicznym, (4) z                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | na 2. dawkę |                              |       |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                          |             |  |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
|  | wrodzonymi lub nabytymi niedoborami odporności, (5) z nowotworami, (6) małopłytkowością idiopatyczną, sferocytozą wrodzoną, (7) z wrodzonymi wadami serca i przewlekłymi chorobami serca, (8) z przewlekłą niewydolnością nerek lub zespołem nerczycowym, (9) z chorobami metabolicznymi, w tym cukrzycą, (10) z przewlekłymi chorobami płuc, w tym astmą | na 3. dawkę                                                              |             |  |
|  | kontynuacja szczepień u dzieci urodzonych oraz/lub powracających z zagranicy                                                                                                                                                                                                                                                                              | na 2. dawkę                                                              |             |  |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | na 3. dawkę                                                              |             |  |
|  | kontynuacja 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciw tężcowi i 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 zapotrzebowującego  
(kierującego placówką lub punktem szczepień)*