

☐ Encefalopatia (definiowana jako wystąpienie co najmniej dwu z następujących 3 objawów w przeciągu 72 godzin po szczepieniu:
a) drgawek b) wyraźnych zaburzeń świadomości utrzymujących się dzień lub dłużej c) wyraźnej zmiany w zachowaniu dziecka utrzymującej się dzień lub dłużej)

☐ Zapalenie mózgu

☐ Zapalenie jąder

☐ Trombocytopenia. Najniższy poziom płytek krwi.....

☐ Inne - proszę opisać (miejsce na opis po drugiej stronie)

Opis odczynu, dodatkowe dane (można wykonać w postaci załącznika)

Osoba zgłaszająca: (adres i tel. miejsca pracy) nadruk lub pieczęta obejmujące
..... imię i nazwisko i numer prawa
..... wykonywania zawodu lekarza oraz
..... jego podpis:

DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

Nazwa szczepionki	Dawka	Seria i data ważności	Producent	Liczba dawek w opakowaniu	Objętość dawki szczepiennej	Miejsce podania szczepionki

☐ zamrażarka

☐ Tak ☐ Nie☐ Tak ☐ Nie☐ Tak ☐ Nie

Inne (opisać).

Uwagi.

Czy w przeszłości u dziecka wystąpił odczyn poszczepienny? ☐ Nie ☐ Tak

Po jakiej szczepionce?.

Stanowisko, imię i nazwisko osoby szczepiącej:

Adres i telefon punktu szczepień.

Miasto **Województwo**

Ile osób ogółem zaszczepiono na danym terenie tą samą serią szczepionki? .

Czy wystąpiły odczyny u innych osób szczepionych tą seria szczepionki?

Czy wystąpiły odczyny u innych osób szczepionych tą serią szczepionki? ☐ Nie

☐ Tak U ilu?

Czy dziecko było hospitalizowane w związku z odczynem poszczepiennym?

Czy dziecko było hospitalizowane w związku z odczynem poszczepiennym? ☐ Nie

☐ Tak Ile dni?

Stan zdrowia dziecka w tydzień po rozpoznaniu odczynu poszczepiennego:

☐ Dziecko jest nadal leczone ☐ w domu ☐ w szpitalu

☐ Pełny powrót do zdrowia

☐ Trwałe zmiany. Jakież?..

☐ Inne. Jakie?.....

☐ Zgon

Data zgonu / /

Czy wg opinii pracownika Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej niepożądany odczyn poszczepienny wystąpił w wyniku:

Nieuwzględnienia przeciwwskazań do szczepienia? (proszę opisać poniżej)

☐ Tak ☐ Nie

Inne ..

Uwagi

Weryfikacja kwalifikacji: bez zmiany kwalifikacji

zmiana kwalifikacji

NOP ciężki ☐

NOP poważny ☐

NOP łagodny ☐

Nie NOP ☐

Wypełnił: imię, nazwisko i podpis pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej

¹⁾ Wypełnić także w przypadku praktyki lekarskiej. Gdy nie jest znany kod terytorialny położenia placówki opieki zdrowotnej - podać nazwę powiatu i nazwę gminy.

2) Wypełniają tylko zakłady opieki zdrowotnej zgodnie z zapisami w decyzji o zarejestrowaniu.