



KARTA ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU POSZCZEPIENNEGO (NOP)

Nazwa i adres placówki opieki zdrowotnej

Adresat

Powiatowy Inspektor Sanitarny w

I. Identyfikacja placówki opieki zdrowotnej

Nr księgi rejestrowej

Kod jednostki
organizacyjnej/
część V

lub

Kod komórki
organizacyjnej/
część VII

lub

Kod organu
rejestrowego
(dla praktyki lekarskiej)

II. Dane osoby, u której wystąpił NOP

Imię i nazwisko

Data urodzenia

 / /
dd mm rrrr

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeżeli brak numeru PESEL, należy podać serię i numer dowodu osobistego lub numer paszportu

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu
/mieszkania /

Miejscowość

Kod
pocztowy -

Numer telefonu

III. Informacje o szczepieniu

Szczepionka przeciw

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---------------------------------|
| ☐ Błonica | ☐ Cholera | ☐ Covid-19 | ☐ Dur brzuszny | ☐ Gruźlica (BCG) | ☐ Grypa |
| ☐ Hib typu b | ☐ Kleszczowe
zapalenie mózgu | ☐ Krztusiec | ☐ Ludzki wirus
brodawczaka (HPV) | ☐ Meningokoki | ☐ Odra |
| ☐ Ospa wietrzna | ☐ Pneumokoki | ☐ Poliomyelitis | ☐ Rotawirusy | ☐ Różyczka | ☐ Świnka |
| ☐ Tęžec | ☐ Wścieklizna | ☐ WZW typu A | ☐ WZW typu B | ☐ Żółta gorączka | |

Inna (jaka?)

Data i godzina wystąpienia odczynu

	/		/				:	
dd		mm		rrrr		godz		min

IV. A. NOP po szczepieniach innych niż BCG

Reakcja miejscowa

Nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia (obrzęk, zaczerwienienie i bolesność)	☐ Nie	☐ Tak
☐ O średnicy 3 – 5 cm ☐ O średnicy 6 – 9 cm ☐ O średnicy większej niż 10 cm ☐ Utrzymujący się ponad 3 dni ☐ Wykraczający poza najbliższy staw		
Ropień w miejscu wstrzyknięcia	☐ Nie	☐ Tak
☐ Jałowy ☐ Bakteryjny Wyniki posiewu		
Bolesność i powiększenie regionalnych węzłów chłonnych	☐ Nie	☐ Tak

Reakcja ogólna

Gorączka	☐ Nie	☐ Tak
Najwyższa temperatura ☐ 38,0 – 38,4 ☐ 38,5 – 38,9 ☐ 39,0 – 39,4 ☐ 39,5 – 39,9 ☐ 40,0 – 40,4 ☐ 40,5 – i wyżej		
Czas utrzymywania się gorączki ☐ do 24 h ☐ do 48 h ☐ do 72 h ☐ dłużej		
Drgawki	☐ Nie	☐ Tak
☐ gorączkowe ☐ niegorączkowe ☐ pierwszy epizod ☐ wywołany szczepieniem kolejny epizod drgawek		
Reakcja alergiczna	☐ Nie	☐ Tak
☐ pokrzywka ☐ obrzęk Quinckego ☐ laryngospazm ☐ reakcja astmatyczna ☐ łzawienie, katar ☐ wysypka uogólniona ☐ rumień wielopostaciowy ☐ wysypka ograniczona do określonych obszarów skóry (jakich?)		
Wstrząs anafilaktyczny/reakcja anafilaktyczna	☐ Nie	☐ Tak
Ciągły płacz (płacz lub krzyk dziecka utrzymujący się nieprzerwanie 3 godziny lub więcej, pojawiający się w ciągu doby po szczepieniu)	☐ Nie	☐ Tak
Epizod hypotoniczno-hyporeaktywny (hypotonia, obniżone napięcie mięśniowe, błądź powłok, senność, zaburzenia świadomości)	☐ Nie	☐ Tak
☐ z utratą przytomności ☐ z bezdechem		
Wysypka różyczkopodobna	☐ Nie	☐ Tak
Wysypka odropodobna	☐ Nie	☐ Tak

Biegunka	☐ Nie	☐ Tak
Zasinienie kończyn	☐ Nie	☐ Tak
Wymioty	☐ Nie	☐ Tak
Wybroczyny skórne	☐ Nie	☐ Tak

☐ wybroczyny uogólnione ☐ ograniczone do kończyn

Powikłania

☐ Poliomyelitis poszczepienne (niedowład wiotki z objawami utrzymującymi się 60 lub więcej dni, który wystąpił u dziecka w przebiegu 4-30 dni po szczepieniu OPV lub 4-75 dni po kontakcie z osobą szczepioną)	☐ Encefalopatia (definiowana jako wystąpienie co najmniej dwóch z następujących trzech objawów w przebiegu 72 godzin po szczepieniu: a) drgawki, b) wyraźne zaburzenia świadomości utrzymujące się dzień lub dłużej, c) wyraźne zmiany w zachowaniu dziecka utrzymujące się dzień lub dłużej)
☐ Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	☐ Zapalenie ślinianek przyusznych
☐ Arthralgia	☐ Porażenie splotu barkowego
☐ Posocznica / Wstrząs septyczny	☐ Zespół Guillain-Barre
☐ Zapalenie mózgu	☐ Zapalenie jąder
☐ Trombocytopenia Najniższy poziom płytek krwi	☐ Inne (proszę opisać w sekcji V. Kwalifikacja)

IV. B. NOP po szczepieniu BCG (p/gruźlicy)

Krosta ropna	(o średnicy większej niż 10 mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)	☐ Nie	☐ Tak
Owrzodzenie	(o średnicy większej niż 10 mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)	☐ Nie	☐ Tak
Powiększenie regionalnych węzłów chłonnych		☐ Nie	☐ Tak
Wielkość węzła (cm)	Liczba węzłów		
	☐ pojedynczy węzeł ☐ kilka węzłów ☐ pakiet		
Rodzaj węzłów			
☐ pachowe ☐ nadobojczykowe ☐ szyjne ☐ inne (jakie?)			
Zropienie okolicznych węzłów chłonnych		☐ Nie	☐ Tak
☐ z przetoką ☐ bez przetoki			
Poronny fenomen Kocha		☐ Nie	☐ Tak
Ropień podskórny		☐ Nie	☐ Tak
☐ z przetoką ☐ bez przetoki			

Uogólnione zakażenie prątkiem BCG	(m.in. zmiany w węzłach chłonnych innych regionów, zmiany kostne, osteitis BCG, meningitis BCG, zmiany w innych narządach i tkankach)	☐ Nie	☐ Tak
Keloid		☐ Nie	☐ Tak
Martwica węzłów typu serowatego		☐ Nie	☐ Tak
Erythema nodosum		☐ Nie	☐ Tak

V. Kwalifikacja

☐ NOP ciężki

☐ NOP poważny

☐ NOP łagodny

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

VI. Dane o szczepionce i szczepieniu

☐ Brak danych, szczepienie wykonano w innej placówce

	1	2	3	4	5
Nazwa szczepionki					
Seria					
Data ważności					
Liczba dawek w opakowaniu					
Producent					
Data szczepienia					
Godzina szczepienia					
Nr dawki w schemacie szczepienia					
Objętość dawki szczepiennej					
Miejsce podania szczepionki					

Droga podania szczepionki

☐ doustnie

☐ śródskórnie

☐ podskórnie

☐ domięśniowo

☐ inna (jaka?)

Zachowane zasady aseptyki podczas szczepienia

☐

Nie

☐

Tak

Niepoprawna technika szczepienia

☐

Nie

☐

Tak

Opis nieprawidłowości

Czy w przeszłości u pacjenta wystąpił odczyn poszczepienny?

☐

Nie

☐

Tak

Po jakiej szczepionce?

Warunki przechowywania szczepionki przed szczepieniem

☐ lodówka☐ zamrażalnik
lodówki☐ zamrażarka☐ suchy lód☐ Inne (jakie?)

Temperatura w miejscu przechowywania (zmierzyć i podać)

Szczepionka przechowywana prawidłowo

☐

Nie

☐

Tak

Dane osoby wykonującej szczepienie

Stanowisko, imię i nazwisko

Numer prawa wykonywania zawodu

Adres i telefon punktu szczepień

VII. Potwierdzenie złożenia zgłoszenia

Dane osoby zgłaszającej

Imię i nazwisko

Numer prawa
wykonywania zawodu

Telefon kontaktowy

Data zgłoszenia

 / /

dd

mm

rrrr

Podpis

VIII. Wypełnia pracownik PSSE

Potwierdzenie przyjęcia/rejestracji zgłoszenia

Imię i nazwisko pracownika
Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Data przyjęcia/rejestracji

 / /

dd

mm

rrrr

 :

godz

min