

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

V. WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEGNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA

DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

Nazwa szczepionki

Producent

Nr serii..... Data ważności

Liczba dawek w opakowaniu Objętość dawki szczepiennej.....

Droga podania szczepionki: ☐ śródskórnie ☐ inna- jaka?.....

Warunki przechowywania szczepionki przed szczepieniem: ☐ lodówka ☐ zamrażalnik lodówki
☐ zamrażarka ☐ inne

Temperatura w miejscu przechowywania (zmierzyć i podać).....

Szczepionka przechowywana prawidłowo ☐ Tak ☐ Nie

Zachowane zasady aseptyki podczas szczepienia ☐ Tak ☐ Nie

Poprawna technika szczepienia (np. podania szczepionki BCG podskórnie, podanie dożylne)(proszę opisać poniżej) ☐ Tak ☐ Nie

Inne (opisać).....

Uwagi.....

Stanowisko, imię i nazwisko osoby szczepiącej:

Adres i telefon punktu szczepień.....

VI. WYPEŁNIA PRACOWNIK PSSE

Miasto Województwo

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

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

Czy dziecko było hospitalizowane w związku z odczynem poszczepiennym? ☐ Nie ☐ Tak Liczba dni hospitalizacji

Stan zdrowia dziecka w tydzień od rozpoznania odczynu poszczepiennego:

☐ Dziecko jest nadal leczone ☐ w domu ☐ w szpitalu

☐ Pełny powrót do zdrowia

☐ Trwałe zmiany. Jakiej?

☐ Inne. Jakiej?

☐ 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.
- 3) Naciecznienie pojawiające się już pomiędzy 2 a 7 dniem po szczepieniu, a następnie owrzdzenie gojące się w ciągu 2-4 miesięcy.
- 4) Należy dołączyć odpis historii choroby (wraz z badaniami immunologicznymi dziecka).