

Osoba zgłaszająca: (adres i tel. miejsca pracy).....Pieczętka lekarska:.....

V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIEŁĘGNIARKA 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: ☐śródkórnienie ☐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 podskórnienie, 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 rozpoznaniu odczynu poszczepiennego:

☐Dziecko jest nadal leczone ☐w domu ☐w szpitalu

☐Pełny powrót do zdrowia

☐Trwałe zmiany. Jakie ?.....

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