

**KWALIFIKACJA : NOP ciężki ☐ NOP poważny ☐ NOP łagodny ☐**

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

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

## V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEGNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA

### DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

| Nazwa szczepionki | Kolejna dawka szczepionki p/danej chorobie | Seria i data ważności | Producent | Liczba dawek w opakowaniu | Objętość dawki szczepiennej | Miejsce podania szczepionki |
|-------------------|--------------------------------------------|-----------------------|-----------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|                   |                                            |                       |           |                           |                             |                             |
|                   |                                            |                       |           |                           |                             |                             |
|                   |                                            |                       |           |                           |                             |                             |
|                   |                                            |                       |           |                           |                             |                             |
|                   |                                            |                       |           |                           |                             |                             |

Droga podania szczepionki: ☐ doustnie ☐ śródskórnie ☐ podskórnie ☐ domięśniowo ☐ inna

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 (proszę opisać poniżej) ☐ 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.....

## 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 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. Jakie ? .....

☐ Inne. Jakie ? .....

☐ Zgon Data zgonu:   /   /

Czy wg opinii pracownika Stacji Sanitarnej - 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 czytelny 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.