

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEGNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA

DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

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

Droga podania szczepionki: doustnie śródskórnice podskórnice 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 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

.....
Wypełnić: 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.