|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | **Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg ilości wykorzystanych szczepionek****za okres****od** ..................... **do** ...................................... **r.** | Adresat: **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna** **W Białej Podlaskiej, ul. Warszawska 18** |
| **Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie**  |  |
| **REGON** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Sprawozdanie należy przekazać w terminie****15 dni po okresie sprawozdawczym** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szczepionki** | **jednostka miary** | **Zamówienie roczne** | **Zamówienie****Kwartalne** | **Ilość zużytej szczepionki** | **Liczba podanych****dawek** | **Uwagi/****Komentarze** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1.** | **DTP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod glinu. inj. 0,5 ml  | dawka |  |  |  |  |  |
| **2.** | **DTaP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 m**TETRAXIM** | dawka |  |  |  |  |  |
| **2a.** | **DTaP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 m**INFANRIX** | dawka |  |  |  |  |  |
| **2b.** | **DTaP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 m**INFANRIX IPV** | dawka |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Td -** Szczepionkatężcowo-błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **4.** | **T** - Szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **5.** | **BCG** - Szczepionka p/gruźliczainj. fiolki./10 dawek  | fiolka |  |  |  |  |  |
| **6.** | Szczepionka **p/WZW** typu **B** **dla dzieci** inj.0,5 ml**EUVAX B** | dawka |  |  |  |  |  |
| **7.** | Szczepionka **p/WZW** typu **B** dla dorosłych inj. 1,0 ml **EUVAX B**  | dawka |  |  |  |  |  |
| **8.** | Szczepionka **p/WZW** typu **B** dla dializowanychi z obniżoną odpornością inj. 1,0 ml**ENGERIX** | dawka |  |  |  |  |  |
| **9.** | Szczepionka **p/ odrze–śwince–różyczce** inj 0,5 ml **MMR**  | dawka |  |  |  |  |  |
| **9a.** | Szczepionka **p/ odrze–śwince–różyczce** inj 0,5 ml **PRIORIX** | dawka |  |  |  |  |  |
| **10.** | Szczepionka **p/poliomyelitis** (zabita) inj. 1 dawka**IPV** | dawka |  |  |  |  |  |
| **11.** | Szczepionka **p/wściekliźnie** inaktywowana inj. 1 dawka   | dawka |  |  |  |  |  |
| **12.** | Szczepionka **p/Haemophilus influenzae** typu b inj. 1 dawka   | dawka |  |  |  |  |  |
| **13.** | Szczepionka **p/Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka **cała populacja****Synflorix**  | dawka |  |  |  |  |  |
| **14.** | Szczepionka **p/Streptococcus pneumonia**e inj. 1 dawka **grupy ryzyka****Synflorix**  | dawka |  |  |  |  |  |
| **15.** | Szczepionka **p/Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka **Prevenar 13**  | dawka |  |  |  |  |  |
| **16.** | Szczepionka **p/Ospie wietrznej**inj. 1 dawka  | dawka |  |  |  |  |  |
| **17.** | **DT**- Szczepionka błoniczo-tężcowaadsorb. na wod. glinu inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **18.** | **Ty**-Szczepionka durowa inj.10 ml liof/20 dawek  | dawka |  |  |  |  |  |
| **19.** | **TyT**-Szczepionka durowo-tężcowa inj. 10 ml liof/20 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| **20.** | **d**-Szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj 1 amp/1 dawka | fiolka |  |  |  |  |  |
| **21.** | **D**-Szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj.fiolki/ 20 dawek | dawka |  |  |  |  |  |
| **22.** | Szczepionka **p/meningokokom** inj. 1 dawka | fiolka |  |  |  |  |  |
| **23.** | **Boostrix -** Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów, 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **24.** | **Szczep. Tdap SSI –**Szczepionka p/błonicy-teżcowi-krztuścowi(bezkom, złoż) ads, o zmniejszonej zawartości antygenów 5 amp | dawka |  |  |  |  |  |
| **25.** | **Adacel –**szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom. Złoż) ads. o zmniejszonej zawartości antygenów | dawka |  |  |  |  |  |
| **26.** | **Infanrix-IPV+HIB** - szczep. p. błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.)i haemophilus typ b (skoniugow.), ads. 1 fiol. z prosz i 1 amp.-sztrzyk. z zaw. 0,5 ml + 2 igły BELGIA | dawka |  |  |  |  |  |
| **27.** | **PENTAXIM**-szczep. p/błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.), haemophilus typ b (skoniugow.), ads., 1 fiol. z prosz. + 1 amp.-strzyk. z zaw. 0,5 ml + 2 igły FRANCJA | dawka |  |  |  |  |  |
| **29.** | **Rotateq**- sz. p. rotawirusom, żywa, r-r doustny, 2 ml tuba x 1 szt. FRANCJA | dawka |  |  |  |  |  |
| **30** | **diTeBooster -** szczepionkatężcowo-błonicza 5 x 1 dawka DANIA | dawka |  |  |  |  |  |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania podpis osoby można uzyskać pod numerem telefonu ……………..............

 ….…………………………………………….

 Pieczątka imienna i podpis
 kierownika placówki:

…………………\\\( (miejscowość i data