

Łódź, dnia .....

pieczętka poradni

**Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi  
ul. Przybyszewskiego 10  
93-189 Łódź**

**Raport o przypadkach niewykonania obowiązkowych szczepień ochronnych\*:**

**MATKA**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

**OJCIEC**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

**DANE DZIECKA**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

**BRAKUJĄCE SZCZEPIENIA:**

	<i>szczepienia ochronne przeciw chorobom zakaźnym</i>	<i>dawka szczepienia</i>
	gruźlicy	
	wirusowemu zapaleniu wątroby typu B	
	zakażeniom wywołanym przez rotawirusy	
	błonicy, tężcowi i krztuścowi	
	błonicy, tężcowi	
	ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu ( <i>poliomyelitis</i> )	
	inwazyjnemu zakażeniu <i>Haemophilus influenzae</i> typu b	
	inwazyjnym zakażeniom <i>Streptococcus pneumoniae</i>	
	odrze, nagminnemu zakażeniu przyusznic (świnka) i różyczce	

**POWÓD ODMOWY (zaznaczyć właściwy)**

ODRĘBNOŚĆ KULTUROWA/RELIGIJNA

WPLYW ŚRODOWISK PROPAGUJĄCYCH MEDYCYNĘ ALTERNATYWNĄ

WPLYW RUCHÓW ANTYSZCZEPIONKOWYCH

NOP U OSOBY ZOBOWIĄZANEJ

INNA PRZYCZYNA .....

.....

.....

**PODJĘTE DZIAŁANIA W STOSUNKU DO OSÓB UCHYLAJĄCYCH SIĘ OD OBOWIĄZKU WYKONANIA SZCZEPIEŃ**

OCHRONNYCH DZIECKA .....

.....

.....

.....

**OPINIA LEKARSKA W ZAKRESIE ZDOLNOŚCI DO SZCZEPIENIA**

.....

.....

.....

.....

.....  
Podpis lekarza

\* na podstawie art. 17 ust. 9b i 9c ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2023 r. poz. 1284,909,1938).