



KARTA ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU POSZCZEPIENNEGO (NOP)

Nazwa i adres placówki opieki zdrowotnej

Adresat

Powiatowy Inspektor Sanitarny w

I. Identyfikacja placówki opieki zdrowotnej

Nr księgi rejestrowej

Kod jednostki
organizacyjnej/
część V

lub

Kod komórki
organizacyjnej/
część VII

lub

Kod organu
rejestrowego
(dla praktyki lekarskiej)

II. Dane osoby, u której wystąpił NOP

Imię i nazwisko

Data urodzenia

 / /

dd

mm

rrrr

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeżeli brak numeru PESEL, należy podać serię i numer dowodu osobistego lub numer paszportu

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu
/mieszkania /

Miejscowość

Kod
pocztowy -

Numer telefonu

III. Informacje o szczepieniu

Szczepionka przeciw

- | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Błonica | <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Covid-19 | <input type="checkbox"/> Dur brzuszny | <input type="checkbox"/> Gruźlica (BCG) | <input type="checkbox"/> Grypa |
| <input type="checkbox"/> Hib typu b | <input type="checkbox"/> Kleszczowe zapalenie mózgu | <input type="checkbox"/> Krztusiec | <input type="checkbox"/> Ludzki wirus brodawczaka (HPV) | <input type="checkbox"/> Meningokoki | <input type="checkbox"/> Odra |
| <input type="checkbox"/> Ospa wietrzna | <input type="checkbox"/> Pneumokoki | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> Rotawirusy | <input type="checkbox"/> Różyczka | <input type="checkbox"/> Świnka |
| <input type="checkbox"/> Tęžec | <input type="checkbox"/> Wścieklizna | <input type="checkbox"/> WZW typu A | <input type="checkbox"/> WZW typu B | <input type="checkbox"/> Żółta gorączka | |

Inna (jaka?)

Data i godzina wystąpienia odczynu

 / /

dd

mm

rrrr

 :

godz

min

IV. A. NOP po szczepieniach innych niż BCG

Reakcja miejscowa

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia (obrzęk, zaczerwienienie i bolesność) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> O średnicy 3 – 5 cm <input type="checkbox"/> O średnicy 6 – 9 cm <input type="checkbox"/> O średnicy większej niż 10 cm <input type="checkbox"/> Utrzymujący się ponad 3 dni <input type="checkbox"/> Wykraczający poza najbliższy staw | | |
| Ropień w miejscu wstrzyknięcia | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> Jałowy <input type="checkbox"/> Bakteryjny Wyniki posiewu <input type="text"/> | | |
| Bolesność i powiększenie regionalnych węzłów chłonnych | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |

Reakcja ogólna

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Gorączka | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Najwyższa temperatura | | |
| <input type="checkbox"/> 38,0 – 38,4 <input type="checkbox"/> 38,5 – 38,9 <input type="checkbox"/> 39,0 – 39,4 <input type="checkbox"/> 39,5 – 39,9 <input type="checkbox"/> 40,0 – 40,4 <input type="checkbox"/> 40,5 – i wyżej | | |
| Czas utrzymywania się gorączki | | |
| <input type="checkbox"/> do 24 h <input type="checkbox"/> do 48 h <input type="checkbox"/> do 72 h <input type="checkbox"/> dłużej | | |
| Drgawki | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> gorączkowe <input type="checkbox"/> niegorączkowe <input type="checkbox"/> pierwszy epizod <input type="checkbox"/> wywołany szczepieniem kolejnym epizod drgawek | | |
| Reakcja alergiczna | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> pokrzywka <input type="checkbox"/> obrzęk Quinckego <input type="checkbox"/> laryngospazm <input type="checkbox"/> reakcja astmatyczna | | |
| <input type="checkbox"/> łzawienie, katar <input type="checkbox"/> wysypka uogólniona <input type="checkbox"/> rumień wielopostaciowy | | |
| <input type="checkbox"/> wysypka ograniczona do określonych obszarów skóry (jakich?) <input type="text"/> | | |
| Wstrząs anafilaktyczny/reakcja anafilaktyczna | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Ciągły płacz (płacz lub krzyk dziecka utrzymujący się nieprzerwanie 3 godziny lub więcej, pojawiający się w ciągu doby po szczepieniu) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Epizod hypotoniczno-hyporeaktywny (hypotonia, obniżone napięcie mięśniowe, błądność powłok, senność, zaburzenia świadomości) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> z utratą przytomności <input type="checkbox"/> z bezdechem | | |
| Wysypka różyczkopodobna | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Wysypka odropodobna | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |

| | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Biegunka | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Zasinienie kończyn | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Wymioty | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Wybroczyny skórne | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |

wybroczyny uogólnione ograniczone do kończyn

Powikłania

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Poliomyelitis poszczepienne (niedowład wiotki z objawami utrzymującymi się 60 lub więcej dni, który wystąpił u dziecka w przebiegu 4-30 dni po szczepieniu OPV lub 4-75 dni po kontakcie z osobą szczepioną) | <input type="checkbox"/> Encefalopatia (definiowana jako wystąpienie co najmniej dwóch z następujących trzech objawów w przebiegu 72 godzin po szczepieniu: a) drgawki, b) wyraźne zaburzenia świadomości utrzymujące się dzień lub dłużej, c) wyraźne zmiany w zachowaniu dziecka utrzymujące się dzień lub dłużej) |
| <input type="checkbox"/> Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych | <input type="checkbox"/> Zapalenie ślinianek przyusznych |
| <input type="checkbox"/> Arthralgia | <input type="checkbox"/> Porażenie splotu barkowego |
| <input type="checkbox"/> Posocznica / Wstrząs septyczny | <input type="checkbox"/> Zespół Guillain-Barre |
| <input type="checkbox"/> Zapalenie mózgu | <input type="checkbox"/> Zapalenie jąder |
| <input type="checkbox"/> Trombocytopenia <input type="text"/> Najniższy poziom płytek krwi | <input type="checkbox"/> Inne (proszę opisać w sekcji V. Kwalifikacja) |

IV. B. NOP po szczepieniu BCG (p/gruźlicy)

| | | |
|---|--|------------------------------|
| Krosta ropna (o średnicy większej niż 10 mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Owrzodzenie (o średnicy większej niż 10 mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Powiększenie regionalnych węzłów chłonnych | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Wielkość węzła (cm) <input type="text"/> | Liczba węzłów <input type="checkbox"/> pojedynczy węzeł <input type="checkbox"/> kilka węzłów <input type="checkbox"/> pakiet | |
| Rodzaj węzłów <input type="checkbox"/> pachowe <input type="checkbox"/> nadobojczykowe <input type="checkbox"/> szyjne <input type="checkbox"/> inne (jakie?) <input type="text"/> | | |
| Zropienie okolicznych węzłów chłonnych | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> z przetoką <input type="checkbox"/> bez przetoki | | |
| Poronny fenomen Kocha | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Ropień podskórny | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> z przetoką <input type="checkbox"/> bez przetoki | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|------------------------------|
| Uogólnione zakażenie prątkiem BCG | (m.in. zmiany w węzłach chłonnych innych regionów, zmiany kostne, osteitis BCG, meningitis BCG, zmiany w innych narządach i tkankach) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Keloid | | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Martwica węzłów typu serowatego | | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Erythema nodosum | | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |

V. Kwalifikacja

 NOP ciężki

 NOP poważny

 NOP łagodny

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

VI. Dane o szczepionce i szczepieniu

 Brak danych, szczepienie wykonano w innej placówce

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Nazwa szczepionki | | | | | |
| Seria | | | | | |
| Data ważności | | | | | |
| Liczba dawek w opakowaniu | | | | | |
| Producent | | | | | |
| Data szczepienia | | | | | |
| Godzina szczepienia | | | | | |
| Nr dawki w schemacie szczepienia | | | | | |
| Objętość dawki szczepiennej | | | | | |
| Miejsce podania szczepionki | | | | | |

Droga podania szczepionki

 doustnie

 śródskórnice

 podskórnice

 domięśniowo

 inna (jaka?)

Zachowane zasady aseptyki podczas szczepienia

 Nie Tak

Niepoprawna technika szczepienia

 Nie Tak

Opis nieprawidłowości

Czy w przeszłości u pacjenta wystąpił odczyn poszczepienny?

 Nie Tak

Po jakiej szczepionce?

Warunki przechowywania szczepionki przed szczepieniem

 lodówka zamrażalnik lodówki zamrażarka suchy lód Inne (jakie?)

Temperatura w miejscu przechowywania (zmierzyć i podać)

Szczepionka przechowywana prawidłowo

 Nie Tak

Dane osoby wykonującej szczepienie

Stanowisko, imię i nazwisko

Numer prawa wykonywania zawodu

Adres i telefon punktu szczepień

VII. Potwierdzenie złożenia zgłoszenia

Dane osoby zgłaszającej

Imię i nazwisko

Numer prawa wykonywania zawodu

Telefon kontaktowy

Data zgłoszenia

 / /

dd

mm

rrrr

Podpis

VIII. Wypełnia pracownik PSSE

Potwierdzenie przyjęcia/rejestracji zgłoszenia

Imię i nazwisko pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Data przyjęcia/rejestracji

 / /

dd

mm

rrrr

 :

godz

min