

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA  
NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU  
PO SZCZEPIENIU BCG  
(p/gruźlicy)**

Adresat:

Powiatowy Inspektor Sanitarny  
W .....

**I. IDENTYFIKACJA PLACÓWKI OPIEKI ZDROWOTNEJ**

KOD RESORTOWY	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	REGION					kod położenia placówki opieki zdrowotnej /część II - TERYT/ <sup>1</sup>			kod jednostki organizacyjnej/ część V/ <sup>2</sup>

**II. DANE OSOBY, U KTÓREJ WYSTĄPIŁ NOP**

Imię                   
PESEL

Adres zamieszkania:

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

**III. INFORMACJE O SZCZEPIENIU**

Szczepionka podejrzana o wywołanie odczynu:  BCG

Szczepienie w okresie noworodkowym:

Szczepienie w wieku późniejszym:

podaj wiek dziecka.....

z przyczyn medycznych  z innych powodów  jakie .....

Data szczepienia:   /   /

godzina   :

Data wystąpienia odczynu:   /   /

godzina   :

**IV NIEPOŻĄDANY ODCZYN PO SZCZEPIENIU BCG (p/gruźlicy)**

- Krosta ropna (o średnicy większej niż 10mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)
- Owrzodzenie (o średnicy większej niż 10mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)
- Powiększenie regionalnych węzłów chłonnych. Wielkość węzła ( w cm).....  
Węzły:  pachowe  nadobojczykowe  szyjne  inne (jakie?).....  
Ilość:  pojedynczy węzeł  kilka węzłów  pakiet
- Zropienie okolicznych węzłów chłonnych Z przetoką?  Tak  Nie
- Poronny fenomen Kocha (<sup>3</sup>)
- Ropień podskórny Z przetoką?  Tak  Nie
- Uogólnione zakażenie prątkiem BCG (m.in. zmiany w węzłach chłonnych innych regionów, zmiany kostne, osteitis BCG, meningitis BCG, zmiany w innych narządach i tkankach) (<sup>4</sup>)
- Keloid
- Martwica węzłów typu serowatego
- Erythema nodosum

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

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 .....  
Producent .....  
Nr serii..... Data ważności .....  
Liczba dawek w opakowaniu ..... Objętość dawki szczepiennej.....  
Droga podania szczepionki: śródkórnice inna- jaka?.....  
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 ( np. podania szczepionki BCG podskórnice, podanie dożylnie)(proszę opisać poniżej)  Tak  Nie  
Inne (opisać).....  
Uwagi.....

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 Liczba dni hospitalizacji   
Stan zdrowia dziecka w tydzień od 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

Wypełnił: Imię, nazwisko i 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.
- 3) Naciecznienie pojawiające się już pomiędzy 2 a 7 dniem po szczepieniu, a następnie owrządzenie gojące się w ciągu 2-4 miesięcy.

4) Należy dołączyć odpis historii choroby (wraz z badaniami immunologicznymi dziecka).