|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kwartalne sprawozdanie****z nadzoru nad kartami uodpornienia****i osobami uchylającymi się****od obowiązkowych szczepień ochronnych****za okres****od** *01. .2021* ***r****.* **do**  *.2021* **r.**  | Adresat:**Powiatowa Stacja** **Sanitarno - Epidemiologiczna****w** *Wysokiem Mazowieckiem* |
| Numer identyfikacyjny - regon: | **Sprawozdanie należy przekazać w terminie****7 dni** 1,2) **po okresie sprawozdawczym** |
|  |  |
|  | **Dział 1. Karty uodpornienia przechowywane przez przeprowadzających szczepienia ochronne** |  |  |
|  | **Rok****urodzenia****pacjenta** 4) | **Liczba kart uodpornienia 3)** |  |  |
|  | **wg stanu****w ostatnim dniu****poprzedniego****okresu sprawozdawczego** | **w okresie sprawozdawczym** | **wg stanu****w ostatnim dniu****okresu sprawozdawczego** 5) |  |  |
|  | **założonych****przez****składającego****sprawozdanie** | **otrzymanych****od innych****podmiotów** | **usuniętych z kartoteki z powodu zgonów, emigracji** | **przekazanych****innym****podmiotom** |  |  |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |  |
|  | 1 | **2021** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 | **2020** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3 | **2019** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4 | **2018** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 | **2017** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6 | **2016** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 7 | **2015** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8 | **2014** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 9 | **2013** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 10 | **2012** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 11 | **2011** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 12 | **2010** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 13 | **2009** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 14 | **2008** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 15 | **2007** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 16 | **2006** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 17 | **2005** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 18 | **2004** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 19 | **2003** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 20 | **2002** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 21 | **2001 i starsi starsi** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 22 | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | **Dział 2. Osoby uchylające się od obowiązku szczepień** |  |  |
|  | **Liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych** **wg stanu w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego** |  |  |  |
|  |  |
| Wyjaśnienia dotyczące sprawozdaniamożna uzyskać pod numerem telefonu: |  | Pieczątka imienna i podpis lekarza   w Wysokiem Mazowieckiem  *Piotr Woroszył* |  |
| ............................................................................................. | .............................................................................................(miejscowość i data) |  ………………………………………. ……………………… |  |
|  |  |
| **Objaśnienia:** **1)** Niepotrzebne skreślić. **2)** Państwowy powiatowy inspektor sanitarny przekazuje sprawozdanie zbiorcze państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu w terminie 21 dni po okresie sprawozdawczym. Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny przekazuje sprawozdanie zbiorcze Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu i/lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce w terminie 30 dni po okresie sprawozdawczym. **3)** Nie należy pomijać kart pacjentów z przeciwskazaniami do szczepień. **4)** W rubryce 0, w wierszu 1 należy wpisać rok urodzenia zgodny z rokiem sprawozdawczym, a w pozostałych wierszach kolejno lata urodzenia coraz starszych pacjentów. **5)** Obowiązuje zgodność danych: rubryka 1 + rubryka 2 + rubryka 3 - rubryka 4 - rubryka 5 = rubryka 6. |