|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **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 sprawozdania  można 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. | | | | | | | | | | | | | | | | |