



# 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

<b>Nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia</b> (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		
<b>Ropień w miejscu wstrzyknięcia</b>	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Jałowy <input type="checkbox"/> Bakteryjny                              Wyniki posiewu <input type="text"/>		
<b>Bolesność i powiększenie regionalnych węzłów chłonnych</b>	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak

### Reakcja ogólna

<b>Gorączka</b>	<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		
<b>Drgawki</b>	<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		
<b>Reakcja alergiczna</b>	<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"/>		
<b>Wstrząs anafilaktyczny/reakcja anafilaktyczna</b>	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<b>Ciągły płacz</b> (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
<b>Epizod hypotoniczno-hyporeaktywny</b> (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		
<b>Wysypka różyczkopodobna</b>	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<b>Wysypka odropodobna</b>	<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<br>(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<br>(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<br><input type="text"/><br>Najniższy poziom płytek krwi   | <input type="checkbox"/> Inne (proszę opisać w sekcji V. Kwalifikacja)  |

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

<b>Krosta ropna</b> (o średnicy większej niż 10 mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<b>Owrzodzenie</b> (o średnicy większej niż 10 mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<b>Powiększenie regionalnych węzłów chłonnych</b>	<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"/>		
<b>Zropienie okolicznych węzłów chłonnych</b>	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> z przetoką <input type="checkbox"/> bez przetoki		
<b>Poronny fenomen Kocha</b>	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<b>Ropień podskórny</b>	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> z przetoką <input type="checkbox"/> bez przetoki		

<b>Uogólnione zakażenie prątkiem BCG</b>	(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
<b>Keloid</b>		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<b>Martwica węzłów typu serowatego</b>		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<b>Erythema nodosum</b>		<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