



NOP

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

⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

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	<input type="checkbox"/> kolejny 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"/> 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