**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pieczęć podmiotu leczniczego | | Kwartalne sprawozdanie  z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg ilości wykorzystanych szczepionek za okres od ………………… do ………………………………………………….. | | | Adresat:  Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Chorzowie  ul. Kazimierza Wlk.6 | | |
|
|
| Lp. | Nazwa szczepionki | Jednostka miary | Ilość szczepionki na koniec poprzedniego okresu sprawozdawczego | Ilość szczepionki pobranej w kwartale | Ilość zużytej szczepionki | Liczba podanych dawek | Ilość szczepionki na stanie |
| 1 | **DTP**-szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa absorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| 2 | **Infanrix DTaP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml - | dawka |  |  |  |  |  |
| 3 | **Td**-Szczepionka tężcowo-błonicza absorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
|  | **diTeBooster-** Szczepionka tężcowo-błonicza | dawka |  |  |  |  |  |
| 4 | **T**-Szczepionka tężcowa absorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| 5 | **BCG** - szczepionka p/ gruźlicza inj. liof./10 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| 6 | Szczepionka **p/ WZW typu B dla dzieci** inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| 7 | Szczepionka **p/ WZW typu B dla dorosłych** inj. 1,0 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| 8 | Szczepionka **p/ WZW typu B** dla dializowanych z obniżoną odpornością inj. 1,0 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| 9 | Szczepionka **p/ odrze, śwince i różyczce** inj. 0,5 ml **MMR VAX PRO** | dawka |  |  |  |  |  |
| 10 | Szczepionka **p/ odrze, śwince i różyczce** inj. 0,5 ml **MMR VAX PRO DAROWIZNA** | dawka |  |  |  |  |  |
| 11 | Szczepionka **p/ poliomyelitis** (zabita) inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| 12 | Szczepionka **p/ wściekliźnie** inaktywowana inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| 13 | Szczepionka **p/ Haemophilus influenzae** typu b inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| 14 | Szczepionka **p/ Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka **SYNFLORIX** | dawka |  |  |  |  |  |
| 15 | Szczepionka **p/ Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka  **PREVENAR wcześniaki ur.przed końcem 27 tyg** | dawka |  |  |  |  |  |
| 16 | Szczepionka **p/ Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka  **PREVENAR populacja ogólna** | dawka |  |  |  |  |  |
| 17 | Szczepionka **p/ Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka  **PREVENAR kontynuacja szczepień rozpoczętych preparatem zakupionym przez rodziców** | dawka |  |  |  |  |  |
| 18 | Szczepionka **p/ospie wietrznej** inj. 1 dawka **VARILRIX** | dawka |  |  |  |  |  |
| 19 | Szczepionka **p/ospie wietrznej** inj. 1 dawka **VARIVAX** | dawka |  |  |  |  |  |
| 20 | **DT**-Szczepionka błoniczo-tężcowa absorb. na wod. glinu inj.1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| 21 | **Ty** - szczepionka durowa inj. 10 ml liof/20 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| 22 | **Tyt**- szczepionka durowo-tężcowa inj. 10 ml liof/20 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| 23 | **d**-Szczepionka błonicza absorb. na wod. glinu inj. 1 amp./1dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| 24 | **D**- Szczepionka blonicza adsorb. na wod. glinu inj. fiolki/20 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| 25 | Szczepionka **p/meningokokom** inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| 26 | **Boostrix –** szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa ads., o zmniejszonej zawartości antygenów | dawka |  |  |  |  |  |
| 27 | **Tdap SSI -**  szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa | dawka |  |  |  |  |  |
| 28 | **Infanrix- IPV-+HIB -** szczepionka p/błonicy, tężcowi, krztuścowi, Haemophilus influenzae typu b, poliomyelitis | dawka |  |  |  |  |  |
| 29 | **Pentaxim –** szczepionka p/błonicy, tężcowi, krztuścowi, Haemophilus influenzae typu b, poliomyelitis | dawka |  |  |  |  |  |
| 30 | **Tetraxim -**  szczepionka p/błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis | dawka |  |  |  |  |  |
| 31 | **dTpa** szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa ads., o zmniejszonej zawartości antygenów igieł | dawka |  |  |  |  |  |
| 32 | **RotaTeq** szczepionka p/rotawirusom; roztwór doustny | dawka |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………

*miejscowość i data imię i nazwisko osoby sporządzającej sprawozdanie*

……………………………………………………………………….

*Podpis i pieczęć kierownika*