

**KARTA ŚWIADCZENIODAWCY
PROWADZĄCEGO SZCZEPIENIA OCHRONNE**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

1. Nazwa i adres Zakładu Opieki Zdrowotnej lub gabinetu praktyki prywatnej (właściwe podkreślić), dane teleadresowe (telefon, fax, adres e-mail), wskazanie osoby odpowiadającej za szczepienia w placówce (imię, nazwisko, nr telefonu)

.....
.....
.....
.....

2. Dane liczbowe*, dotyczące osób prowadzących szczepienia (ilość personelu zatrudnionego, kwalifikacje w zakresie prowadzenia szczepień ochronnych: specjalizacja, kurs specjalistyczny, informacja czy personel zatrudniony prowadził szczepienia jeśli tak to i ile lat)

a) Lekarz(e)

.....
.....
.....

b) Pielęgniarka (i).....

.....
.....

* nie podajemy danych osobowych

3. Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia zawierająca powierzenie wykonywania szczepień zleconych przez Ministra Zdrowia.

.....
.....

(nr umowy, data)

4. Wielkość rejonu:

Placówka świadczy podstawową opiekę zdrowotną dlaosób,

w tymniemowląt oraz dzieci i młodzieży.

II. DANE DOTYCZĄCE GABINETU

5. Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych, opinia sanitarna dotycząca pomieszczeń i wyposażenia (jeśli była wydana)

.....
.....

(przez kogo wydana, nr, data dotycząca decyzji lub opinii sanitarnej)

6. Informacja o wyposażeniu pomieszczeń w lodówkę przeznaczoną tylko do przechowywania szczepionek, urządzenia do transportu szczepionek oraz zestaw przeciwwstrząsowy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY

Oświadczam, że :

- zapoznałem się z aktami prawnymi stanowiącymi podstawę prowadzenia szczepień ochronnych, a w szczególności z Ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. Ust. z 2022 r. poz. 1657 z późn.zm), oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (tj. Dz. Ust. z 2022 r. poz. 2172) oraz z innymi przepisami sanitarno – higienicznymi dotyczącymi wymogów związanych wykonywaniem usług medycznych.
- Zostałem zapoznany z zasadami prowadzenia sprawozdawczości ze szczepień,
- Znam zasady prowadzenia szczepień i techniki podawania szczepionek oraz ustawicznie będę pogłębiać wiedzę tego zakresu i uczestniczyć w szkoleniach,
- Znam adres i telefon najbliższej Konsultacyjnej Poradni Szczepień i zobowiązuję się kierować do niej na konsultacje dzieci wymagające stosowania indywidualnego kalendarza szczepień (zwłaszcza przewlekłe chore lub po wystąpieniu poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych).
 - Punkt konsultacyjny ds. szczepień ochronnych Warszawski Szpital dla Dzieci SZPZOZ, Warszawa ul Kopernika 43 tel.
 - **22 83 05 333; 22 83 05 334; 22 83 05 425; centrala 22 83 05 300**
- Znam nazwisko, adres, i telefon kierownika oddziału epidemiologii (sekcji szczepień) wojewódzkiej/ powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, do których będę mógł zwracać się o pomoc merytoryczną.

.....

**(Data i podpis
kierownika podmiotu leczniczego)**

Do wiadomości:

1. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w m. st. Warszawie ul. Kochanowskiego 21
2. a/a

a/a