**WYKAZ OSÓB UCHYLAJĄCYCH SIĘ OD OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ**

**Tabela nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię, nazwisko, nr PESEL dziecka, adres zamieszkania** | **Data urodzenia** | **Imię, nazwisko, dokładny adres, nr PESEL opiekunów prawnych dziecka (dot. matki i ojca)** | | **Wykaz zaległych szczepień (rodzaj szczepionki i dawka)** | **Imię i nazwisko lekarza prowadzącego** | **Przyczyna uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych (do wyboru)**  1) **odrębność kulturowa, religijna lub etniczna/ 2) wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną/ 3) wpływ ruchów antyszczepionkowych/ 4) wcześniej NOP u osoby zobowiązanej/ 5) inna przyczyna (jaka?)** | **Data i forma ostatniego powiadomienia opiekunów o obowiązku szczepień przez lekarza** |
| **Matka** | **Ojciec** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* UWAGA: Za osoby uchylające się od obowiązku szczepień ochronnych przyjmuje się te osoby, które nie wykonały obowiązku poddania się szczepieniom w terminach wezwań przez lekarza POZ, nie przedstawiły zaświadczenia o wykonaniu szczepień spełniających kryteria dla wykonania tego obowiązku, u których nie stwierdzano przeciwwskazań stanowiących podstawę do odroczenia wykonania szczepienia.

Terminy: Sprawozdanie należy sporządzić do 7 dnia po zakończeniu kwartału i przekazać Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu.

**…………………............................**  **..…………………………………………**

**(miejscowość i data ) (podpis i pieczątka kierownika placówki)**

**WYKAZ OSÓB UCHYLAJĄCYCH SIĘ OD OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ**

**Tabela nr 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ilość dzieci w poprzednim wykazie** | **W porównaniu do poprzedniego wykazu** | | **Ilość dzieci w bieżącym wykazie** | **Dane dzieci usuniętych z wykazu (imię, nazwisko) z podaniem przyczyny: zaszczepione (data, nazwa preparatu) lub karta przekazana (dokładna nazwa placówki)** |
| **Ilość dzieci usuniętych z wykazu** | **Ilość dzieci dodanych do wykazu** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

**…………………............................ ..…………………………………………**

**(miejscowość i data ) (podpis i pieczątka kierownika placówki)**