**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | **Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg ilości wykorzystanych szczepionek****za okres****od…………… . do …………..** | Adresat: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Białymstoku, ul. Warszawska 57A |
| **Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie**  |  |
| **REGON** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Sprawozdanie należy przekazać w terminie****7 dni po okresie sprawozdawczym** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szczepionki** | **jednostka miary** | **Zamówienie roczne** | **Zamówienie****Kwartalne** | **Ilość zużytej szczepionki** | **Liczba podanych****dawek** | **Uwagi/Komentarze** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1.** | **DTP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod glinu. inj. 0,5 ml  | dawka |  |  |  |  |  |
| **2.** | **DTaP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Td -** Szczepionkatężcowo-błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **4.** | **T** - Szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **5.** | **BCG** - Szczepionka p/gruźliczainj. fiolki./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 dializowanychi z obniżoną odpornością inj. 1,0 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **9.** | Szczepionka **p/ odrze–śwince–różyczce**inj 0,5 ml  | dawka |  |  |  |  |  |
| **10.** | Szczepionka **p/poliomyelitis** (zabita) inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **11.** | Szczepionka **p/wściekliźnie** inaktywowana inj. 1 dawka  | dawka |  |  |  |  |  |
| **12.** | Szczepionka **p/Haemophilus influenzae** typu b inj. 1 dawka  | dawka |  |  |  |  |  |
| **13.** | Szczepionka **p/Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka **Synflorix**  | dawka |  |  |  |  |  |
| **14.** | Szczepionka **p/Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka **Prevenar 13**  | dawka |  |  |  |  |  |
| **15** | Szczepionka **p/Ospie wietrznej**inj. 1 dawka  | dawka |  |  |  |  |  |
| **16** | **DT**- Szczepionka błoniczo-tężcowaadsorb. na wod. glinu inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **17** | **Ty**-Szczepionka durowa inj.10 ml liof/20 dawek  | dawka |  |  |  |  |  |
| **18** | **TyT**-Szczepionka durowo-tężcowa inj. 10 ml liof/20 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| **19** | **d**-Szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj 1 amp/1 dawka | fiolka |  |  |  |  |  |
| **20** | **D**-Szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj.fiolki/ 20 dawek | dawka |  |  |  |  |  |
| **21** | Szczepionka **p/meningokokom** inj. 1 dawka | fiolka |  |  |  |  |  |
| **22** | **Boostrix -** Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów, 0,5 ml, 1 amp.-strzyk. + 1 igła BELGIA  | dawka |  |  |  |  |  |
| **23** | **Tetraxim** - szczep. p. błonicy,tężcowi, krztuścowi (bezkom.,złoż.) i poliomyelitis (inaktyw.),adsorb. 1 amp.-strzyk. 0,5 ml FRANCJA | dawka |  |  |  |  |  |
| **24** | **Szczep. Tdap SSI –**Szczepionka p/błonicy-teżcowi-krztuścowi(bezkom, złoż) ads, o zmniejszonej zawartości antygenów 5 amp | dawka |  |  |  |  |  |
| **25** | **Adacel –**szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom. Złoż) ads. o zmniejszonej zawartości antygenów | dawka |  |  |  |  |  |
| **26** | **Infanrix-IPV+HIB** - szczep. p. błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.)i haemophilus typ b (skoniugow.), ads. 1 fiol. z prosz i 1 amp.-sztrzyk. z zaw. 0,5 ml + 2 igły BELGIA | dawka |  |  |  |  |  |
| **27** | **PENTAXIM**-szczep. p/błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.), haemophilus typ b (skoniugow.), ads., 1 fiol. z prosz. + 1 amp.-strzyk. z zaw. 0,5 ml + 2 igły FRANCJA | dawka |  |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |  |  |  |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania podpis osoby można uzyskać pod numerem telefonu ……………..............

 …………………………………………….

 Pieczątka imienna i podpis
 kierownika placówki:

Miejscowość data……………………………………….