

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 31 grudnia 2020 r. (poz. 13)

WZÓR

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<br>zapalenie mózgu | <input type="checkbox"/> Krztusiec     | <input type="checkbox"/> Ludzki wirus<br>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"/> Tęzec         | <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

## NOP

## IV. A. NOP po szczepieniach innych niż BCG

## Reakcja miejscowa

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>Nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia</b> (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 |                              |                              |
| <b>Ropień w miejscu wstrzyknięcia</b>  | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> Jałowy <input type="checkbox"/> Bakteryjny            Wyniki posiewu <input type="text"/>   |                              |                              |
| <b>Bolesność i powiększenie regionalnych węzłów chłonnych</b>  | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |

## Reakcja ogólna

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <b>Gorączka</b>   | <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  |                              |                              |
| <b>Drgawki</b>  | <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<br>kolejny epizod drgawek  |                              |                              |
| <b>Reakcja alergiczna</b>   | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> pokrzywka <input type="checkbox"/> obrzęk Quinckego <input type="checkbox"/> laryngospazm <input type="checkbox"/> reakcja astmatyczna<br><input type="checkbox"/> łzawienie, katar <input type="checkbox"/> wysypka uogólniona <input type="checkbox"/> rumień wielopostaciowy<br><input type="checkbox"/> wysypka ograniczona do określonych obszarów skóry (jakich?) <input type="text"/> |                              |                              |
| <b>Wstrząs anafilaktyczny/reakcja anafilaktyczna</b>  | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <b>Ciągły płacz</b> (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 |
| <b>Epizod hypotoniczno-hyporeaktywny</b> (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   |                              |                              |
| <b>Wysypka różyczkopodobna</b>  | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <b>Wysypka odropodobna</b>  | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |

## NOP

|                    |                              |                              |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| 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<br>(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<br>(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<br><input type="text"/><br>Najniższy poziom płytek krwi   | <input type="checkbox"/> Inne (proszę opisać w sekcji V. Kwalifikacja)  |

## IV. B. NOP po szczepieniu BCG (p/gruźlicy)

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| <b>Krosta ropna</b><br>(o średnicy większej niż 10 mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)  | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Tak |
| <b>Owrzodzenie</b><br>(o średnicy większej niż 10 mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)   | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Tak |
| <b>Powiększenie regionalnych węzłów chłonnych</b>   | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Tak |
| Wielkość węzła (cm)<br><input type="text"/>   | Liczba węzłów<br><input type="checkbox"/> pojedynczy węzeł <input type="checkbox"/> kilka węzłów <input type="checkbox"/> pakiet |                              |
| Rodzaj węzłów<br><input type="checkbox"/> pachowe <input type="checkbox"/> nadobojczykowe <input type="checkbox"/> szyjne <input type="checkbox"/> inne (jakie?) <input type="text"/> |  |                              |
| <b>Zropienie okolicznych węzłów chłonnych</b>   | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> z przetoką <input type="checkbox"/> bez przetoki   |  |                              |
| <b>Poronny fenomen Kocha</b>  | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Tak |
| <b>Ropień podskórny</b>   | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> z przetoką <input type="checkbox"/> bez przetoki   |  |                              |

**NOP**

|  |   |                              |                              |
|--|---|------------------------------|------------------------------|
| <b>Uogólnione zakażenie prątkiem BCG</b> | (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 |
| <b>Keloid</b>                            |   | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <b>Martwica węzłów typu serowatego</b>   |   | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <b>Erythema nodosum</b>                  |   | <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?)

**NOP**

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