

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA
NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU
PO SZCZEPIENIU
INNYM NIŻ BCG**

Adresat:

Powiatowy Inspektor Sanitarny
W

I. IDENTYFIKACJA PLACÓWKI OPIEKI ZDROWOTNEJ

KOD RESORTOWY	[][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][]
	REGION	kod położenia placówki opieki zdrowotnej /część II - TERYT/ ¹	kod jednostki organizacyjnej/ część V/ ²

II. DANE OSOBY, U KTÓREJ WYSTĄPIŁ NOP

Imię [][][][][][][][][][][][][][][][] Nazwisko [][][][][][][][][][][][][][][][] Data urodz [][]/[][]/[][]
PESEL [][][][][][][][][][][][][][][][]

Adres zamieszkania:

Miejscowość [][][][][][][][][][][][][][][][]
Ulica [][][][][][][][][][][][][][][][] Nr domu [][][] Nr mieszkania [][][]

III. INFORMACJE O SZCZEPIENIU

Szczepionka podejrzana o wywołanie odczynu: Błonica Tęžec Krztusiec OPV IPV
 Odra Świnka Różyczka wzw A wzw B Grypa Inna.(jaka?).....
Data szczepienia [][]/[][]/[][][][] Godz. [][]:[][] Data wystąpienia odczynu [][]/[][]/[][][][] Godz. [][]:[][]

IV. NIEPOŻĄDANY ODCZYN PO SZCZEPIENIACH INNYCH NIŻ BCG

Reakcja miejscowa

Nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia → O średnicy 3 – 5 cm Wykraczający poza najbliższy staw
(obrzęk, zaczerwienienie i bolesność) O średnicy 6 – 9 cm Utrzymujący się ponad 3 dni
 O średnicy większej niż 10 cm

Ropień w miejscu wstrzyknięcia → Jałowy Bakteryjny. Wynik posiewu

Bolesność i powiększenie regionalnych węzłów chłonnych.

Reakcja ogólna

Gorączka - Najwyższa temperatura 38,0-38,4 38,5-38,9 39,0-39,4 39,5-39,9 40,0-40,4 40,5- i wyżej
Czas utrzymywania się gorączki do 24 godzin do 48 godzin do 72 godzin dłużej

Drgawki → gorączkowe niegorączkowe pierwszy epizod wywołany szczepieniem kolejny epizod drgawek

Reakcja alergiczna pokrzywka obrzęk Quinckego laryngospazm reakcja astmatyczna łzawienie, katar
 wysypka uogólniona wysypka ograniczona do określonych obszarów skóry (jakich?).....
 rumień wielopostaciowy

Wstrząs anafilaktyczny

Ciągły płacz (płacz lub krzyk dziecka utrzymujący się nieprzerwanie 3 godziny lub więcej, pojawiający się w ciągu doby po szczepieniu)

Epizod hypotoniczno-hyporeaktywny → z utratą przytomności z bezdechem
(hipotonia, obniżone napięcie mięśniowe, błądność powłok, senność, zaburzenia świadomości)

Wysypka różyczkopodobna

Wysypka odropodobna

Biegunka

Wymioty

Zasinienie kończyn

Wybroczyny skórne → wybroczyny uogólnione ograniczone do kończyn

Powikłanie

Poliomyelitis poszczepienne (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)

Zespół Guillain – Barre

Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych

Zapalenie ślinianek przyusznych

Arthralgia

Porażenie splotu barkowego

Posocznica / Wstrząs septyczny

Encefalopatia (definiowana jako wystąpienie co najmniej dwu z następujących 3 objawów w przebiegu 72 godzin po szczepieniu:

a) drgawek b) wyraźnych zaburzeń świadomości utrzymujących się dzień lub dłużej c) wyraźnej zmiany w zachowaniu dziecka utrzymującej się dzień lub dłużej)

Zapalenie mózgu

Zapalenie jąder

Trombocytopenia. Najniższy poziom płytek krwi.....

Inne - proszę opisać (miejsce na opis po drugiej stronie)

KWALIFIKACJA : NOP ciężki NOP poważny NOP łagodny

Opis odczynu, dodatkowe dane (można wykonać w postaci załącznika)

Osoba zgłaszająca: (adres i tel. miejsca pracy).....Pieczątko lekarska:

V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEŃNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA

DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

Nazwa szczepionki	Kolejna dawka szczepionki p/danej chorobie	Seria i data ważności	Producent	Liczba dawek w opakowaniu	Objętość dawki szczepiennej	Miejsce podania szczepionki

Droga podania szczepionki: doustnie śródskórnie podskórnie domięśniowo inna

Warunki przechowywania szczepionki przed szczepieniem: → lodówka zamrażalnik lodówki
 zamrażarka inne

Temperatura w miejscu przechowywania (zmierzyć i podać).....

Szczepionka przechowywana prawidłowo Tak Nie

Zachowane zasady aseptyki podczas szczepienia Tak Nie

Poprawna technika szczepienia (proszę opisać poniżej) Tak Nie

Inne (opisać).....

Uwagi.....

Czy w przeszłości u dziecka wystąpił odczyn poszczepienny? Nie Tak Po jakiej szczepionce?.....

Stanowisko, imię i nazwisko osoby szczepiącej :

Adres i telefon punktu szczepień.....

VI - WYPEŁNIA PRACOWNIK PSSE

MiastoWojewództwo

Ile osób ogółem zaszczepiono na danym terenie tą samą serią szczepionki ?

Czy wystąpiły odczyny u innych osób szczepionych tą serią szczepionki ? Nie Tak U ilu ?

Czy dziecko było hospitalizowane w związku z odczynem poszczepiennym ? Nie Tak Ile dni?

Stan zdrowia dziecka w tydzień po rozpoznaniu odczynu poszczepiennego:

Dziecko jest nadal leczone w domu w szpitalu

Pełny powrót do zdrowia

Trwałe zmiany. Jakie ?.....

Inne. Jakie ?

Zgon Data zgonu: //

Czy wg opinii pracownika Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej niepożądany odczyn poszczepienny wystąpił w wyniku:

Nieuwzględnienia przeciwwskazań do szczepienia? (proszę opisać poniżej) Tak Nie

Inne.....

Uwagi.....

Weryfikacja kwalifikacji :bez zmiany kwalifikacji

zmiana kwalifikacji

NOP ciężki NOP poważny NOP łagodny Nie NOP

Wypełnić: imię, nazwisko i czytelny podpis pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej

1) Wypełnić także w przypadku praktyki lekarskiej. Gdy nie jest znany kod terytorialny położenia placówki opieki zdrowotnej - podać nazwę powiatu i nazwę gminy.

2) Wypełniają tylko zakłady opieki zdrowotnej zgodnie z zapisami w decyzji o zarejestrowaniu.