**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 Ostródzie |
| **Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie**  |  |
| **REGON** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Sprawozdanie należy przekazać w terminie****15 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.** | **Tetana** - 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) **IMOVAX Polio**inj. 1 dawka  | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **11.** | Szczepionka **p/poliomyelitis** (zabita) **POLIORIX** inj. 1 dawka | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **12.** | Szczepionka **p/Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka **SYNFLORIX**  | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **13.** | Szczepionka **p/Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka **PREVENAR**  | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **14.** | Szczepionka **p/Haemophilus influenzae** typu b inj. 1 dawka  | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **16.** | Szczepionka **p/Ospie wietrznej**inj. 1 dawka  | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **17.** | **DT**- Szczepionka błoniczo-tężcowaadsorb. na wod. glinu inj. 1 dawka | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **18.** | **Adacel -**  Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów,  | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **19.** | **TyT**-Szczepionka durowo-tężcowa inj. 10 ml liof/20 dawek | fiolka | **-** |  |  |  |  |
| **20.** | **Tetraxim**-Szczepionka DTaP+IPV  Ini. 1 dawka  | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **21.** | Szczepionka **p/meningokokom** inj. 1 dawka | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **22.** | **Tdap** - Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów 5 amp.- strzyk. x 0,5 ml Belgia | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **23.** | **Boostrix** - Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów, 0,5 ml, 1 amp.-strzyk. + 1 igła BELGIA  | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **24.** | **Tdap SSI** - Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów 5 amp.- strzyk. x 0,5 ml BRAZYLIA | dawka | **-** |  |  |  |  |
| **25.** | **QUADRACEL** - szczep. p/ błonicy, tężcowi, krztuścowi, bezkom., ads., skojarzona z inaktywowaną szczep.p/polio 5 fiol. x 0,5 ml KANADA | 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 BELG | 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.** | **Rota Teq– szczepionka p/rotawirusom** | dawka | **\_** |  |  |  |  |

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

…………………………………………….

Pieczątka imienna i podpis osoby

działającej w imieniu sprawozdawcy:

Miejscowość i data