|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *REGON, nazwa i adres**świadczeniodawcy prowadzącego punkt szczepień**(wydruk lub pieczęć)* |  | **ZAPOTRZEBOWANIE NA SZCZEPIONKI** DO POWIATOWEJ STACJI SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJW KOŁOBRZEGU |
| **Lp.** | **Szczepionka/nazwa choroby** | **Ilośćposiadanej szczepionki na stanie** | **Ilośćzamawianej szczepionki** | **UWAGI** |
| 1. | **BCG** - gruźlica(ampułka/fiolka zawiera 10-dawek) |  |  |  |
| 2. | **MMR/Priorix** - odra, świnka i różyczka |  |  |  |
| 3. | **VZV** - ospa wietrzna |  |  |  |
| 4. | **ROTA** - rotawirusy |  |  |  |
| 5. | **HBV**  wirusowe zapalenie wątroby typu B (0,5 ml) **Euvax B dla dzieci** | dzieci |  |  |  |
| 6. | **HBV** wirusowe zapalenie wątroby typu B (1,0 ml) **Euvax B dla dorosłych** | dorośli |  |  |  |
| 7. | **HBV** wirusowe zapalenie wątroby typu B (1,0 ml) **Engerix B** | dializowani |  |  |  |
| 8. | **PCV-13** - Streptococcus pneumoniae (**Prevenar-13**)[[1]](#endnote-1) | wcześniakiur. przed końcem 27 tyg. |  |  |  |
| populacja ogólna**(2. dawka)** |  |  |  |
| **PCV-10** - Streptococcus pneumoniae (**Synflorix**) | populacja ogólna |  |  |  |
| 9. | **IPV** – poliomyelitis (inaktywowana) **Imovax Polio** |  |  |  |
| 10. | **HiB** - Haemophilus influenze typ B **ACT-HIB** |  |  |  |
| 11. | **DTwP -** błonica, tężec, krztusiec(pełnokomórkowa) **DTP** |  |  |  |
| 12. | DTaP-HiB-IPV (5-w-1) [[2]](#endnote-2) **Pentaxim** |  |  |  |
| 13. | **DTaP-IPV (4-w-1)** błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis **Tetraxim** |  |  |  |
| 14. | **Tdap** - błonica, tężec, krztusiec powyżej 6 r.ż. **Boostrix/Tdap SSI** |  |  |  |
| 16. | **Td** /**Clodivac**- błonica, tężec |  |  |  |
| 15 | **T** - tężec |  |  |  |
| 16. | **p/wściekliźnie** |  |  |  |

1. [↑](#endnote-ref-1)
2. *Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru szczepionek Pieczęć zamawiającego*

*(kierujqcego placówkq lub punktem szczepień)* [↑](#endnote-ref-2)