

FORMULARZ ZGŁOSZENIA
NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU
PO SZCZEPIENIU BCG
(p/gruźlicy)

Adresat:

Powiatowy Inspektor Sanitarny

W

I. **IDENTYFIKACJA PLACÓWKI OPIEKI ZDROWOTNEJ**

KOD RESORTOWY	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
	REGON	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: BCG

Szczepienie w okresie noworodkowym:

Szczepienie w wieku późniejszym:

podaj wiek dziecka

z przyczyn medycznych z innych powodów

jakie

Data szczepienia: □□/□□/□□□□□□

godzina □□:□□□□

Data wystąpienia odczynu: □□/□□/□□□□□□

godzina □□:□□□□

IV **NIEPOŻĄDANY ODCZYN PO SZCZEPIENIU BCG (p/gruźlicy)**

Krostka ropna (o średnicy większej niż 10mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)

Owrzodzenie (o średnicy większej niż 10mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)

Powiększenie regionalnych węzłów chłonnych. Wielkość węzła (w cm).....

Węzły: pachowe

nadobojczykowe

szyjne

inne

(jaki?).....

Ilość: pojedynczy węzeł

kilka węzłów

pakiet

Zropienie okolicznych węzłów chłonnych

Z przetoką?

Tak

Nie

Poronny fenomen Kocha (³)

Ropień podskórny Z przetoką? Tak Nie

Uogólnione zakażenie prątkiem BCG (m.in. zmiany w węzłach chłonnych innych regionów, zmiany kostne, osteitis BCG, meningitis BCG, zmiany w innych narządach i tkankach) (⁴)

Keloid

Martwica węzłów typu serowatego

Erythema nodosum

KWALIFIKACJA : NOP ciężki NOP poważny NOP łagodny

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEGNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA

DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

Nazwa szczepionki

Producent

Nr serii..... Data ważności

Liczba dawek w opakowaniu Objętość dawki szczepiennej.....

Droga podania szczepionki: śródkórnice inna- jaka?.....

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 (np. podania szczepionki BCG podskórnice, podanie dożylnie)(proszę opisać poniżej) Tak Nie

Inne (opisać).....

Uwagi.....

Stanowisko, imię i nazwisko osoby szczepiącej :

Adres i telefon punktu szczepień.....

VI - WYPEŁNIA PRACOWNIK PSSE

Miasto Województwo

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 Liczba dni hospitalizacji

Stan zdrowia dziecka w tydzień od 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 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.
- 3) Nacieczenie pojawiające się już pomiędzy 2 a 7 dniem po szczepieniu, a następnie owrzodzenie gojące się w ciągu 2-4 miesięcy.
- 4) Należy dołączyć odpis historii choroby (wraz z badaniami immunologicznymi dziecka).