Pieczątka placówki opieki zdrowotnej

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU PO SZCZEPIENIU INNYM NIŻ BCG

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: ❑Błonica ❑Tężec ❑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, bladość powłok, senność, zaburzenia świadomości)

❑ Wysypka różyczkopodobna
❑ Wysypka odropodobna
❑ Biegunka
❑ Wymioty
❑ Zasinienie kończyn
❑ Wybroczyny skórne➔ ❑ wybroczyny uogólnione ❑ ograniczone do kończyn

❑ Posocznica / Wstrząs septyczny

Powikłanie

❑ Poliomyelitis poszczepienne (niedowład wiotki z objawami utrzymującymi się 60 lub więcej dni, który wystąpił u dziecka w przeciągu 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

❑ Encefalopatia (definiowana jako wystąpienie co najmniej dwu z następujących 3 objawów w przeciągu 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).....Pieczątka lekarska:
.....
.....

V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELĘGNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA

DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

Nazwa szczepionki	Dawka	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

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 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 ❑

.....

Wypełnił: 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.