………………………., dnia …………………………….

*(Pieczątka podmiotu wykonującego* *działalność leczniczą)*

# Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ostrowi Mazowieckiej ul. gen. Władysława Sikorskiego 3

# 07-300 Ostrów Mazowiecka

**Raport o przypadku niewykonania obowiązkowych szczepień ochronnych**

**Dane osoby podlegającej obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu:**

Imię i nazwisko:

……………………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia, PESEL:

………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania:

…………………………………………………………………………………………………………………

# Dane rodziców/opiekunów prawnych uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych\*: MATKA/Opiekunka prawna

Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………………………………………..

 PESEL lub rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania:

…………………………………………………………………………………………………………………

**OJCIEC/**Opiekun prawny
Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………………………………………

PESEL lub rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania :

…………………………………………………………………………………………………………………

# Brakujące szczepienia obowiązkowe: (jakie szczepienie, która dawka)

 ............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

# Przyczyny uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych: (zaznaczyć)

□ Odrębność kulturowa, religijna lub etniczna

□ Wpływ ruchów antyszczepionkowych

□ Wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną

□ Wcześniej NOP u osoby zobowiązanej

□ Inna przyczyna( opisać, jeśli wiadomo)

.............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

**Działania podjęte przez placówkę w celu zmiany decyzji zobowiązanego:** (opisać jakie)

**Data ostatniego wezwania na szczepienie:**

 .............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................

## Złożone oświadczenie świadomej odmowy szczepienia obowiązkowego z podpisami obojga rodziców/opiekunów: (zaznaczyć)

□ tak

□ nie

**Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia :** (stwierdza przeciwwskazania , lub nie stwierdza przeciwwskazań)

 ............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................

**Inne uwagi:**

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................

**Załączniki:**

……………………………………………..

……………………………………………..

……………………………………………..

………………………………………………………..

 *(Pieczątka i podpis lekarza)*

\*nie dotyczy w przypadku uchylania się osoby pełnoletniej