

**KARTA ŚWIADCZENIODAWCY  
PROWADZĄCEGO SZCZEPIENIA OCHRONNE**

**I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY**

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego lub gabinetu praktyki prywatnej, dane (*regon, nr księgi rejestrowej, kod jednostki/komórki organizacyjnej, telefon, fax, adres e-mail*)

.....

.....

.....

.....

.....

2. Dane dotyczące osób kwalifikujących i wykonujących szczepienia ochronne (*należy podać imię i nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu, specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnej, informacje dot. kursów specjalistycznych lub szkoleń w zakresie szczepień ochronnych oraz dokument potwierdzający ich ukończenie*)

- a) Lekarz

.....

.....

.....

.....

- b) Pielęgniarka

.....

.....

.....

.....

3. Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia zawierająca powierzenie wykonywania szczepień zleconych przez Ministra Zdrowia.

.....  
(nr umowy, data)

4. Placówka świadczy podstawową opiekę zdrowotną dla .....osób, w tym  
.....niemowląt oraz dzieci i młodzieży.

## II. DANE DOTYCZĄCE GABINETU

1. Harmonogram czasu pracy punktu szczepień (*podać planowane godziny funkcjonowania punktu szczepień*)

.....  
.....

Czy zachowano rozdział czasowy w przyjmowaniu dzieci zdrowych, kwalifikowanych do szczepień a pozostałych pacjentów?

.....  
.....

2. Informacja o wyposażeniu pomieszczeń:

- a. lodówka przeznaczona **tylko** do przechowywania szczepionek

.....

- b. system monitorujący temperaturę w urządzeniu chłodniczym, w którym przechowywane są preparaty szczepionkowe, zapewniający właściwą ochronę przed przekroczeniem wartości granicznych temperatur przechowywania (*nazwa rejestratora, czy rejestrator posiada funkcję powiadamiania sms o przekroczeniu wartości granicznych temperatur, braku dopływu energii elektrycznej*)

.....  
.....

- c. urządzenie do transportu szczepionek wyposażone w termometr

.....

d. zestaw przeciwwstrząsowy i resuscytacyjny

.....

e. kozetka lekarska

.....

f. stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk personelu

- umywalka z ciepłą i zimną wodą TAK/NIE
- dozownik z mydłem w płynie TAK/NIE
- dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk TAK/NIE
- pojemnik z ręcznikiem jednorazowego użycia TAK/NIE
- pojemnik na zużyte ręczniki TAK/NIE

g. dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia  
TAK/NIE

h. opracowane i stosowane procedury

- higieny rąk TAK/NIE
- postępowania po ekspozycji TAK/NIE
- postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym TAK/NIE
- postępowania na wypadek awarii urządzeń chłodniczego i braku dopływu energii elektrycznej TAK/NIE
- transportu preparatów szczepionkowych z PSSE do podmiotu leczniczego TAK/NIE
- postępowania w przypadku przeterminowania preparatów szczepionkowych TAK/NIE
- postępowania z odpadami medycznymi TAK/NIE *(podać nazwę firmy, z którą podmiot leczniczy ma podpisaną umowę na wywóz odpadów medycznych, data podpisania umowy)*

.....

.....

- inne procedury *(podać jakie)*

.....

i. opracowane i prowadzone rejestry

- pomiaru temperatury w urządzeniu chłodniczym, służącym do przechowywania preparatów szczepionkowych min. 2 razy na dobę TAK/NIE
- pomiaru temperatury w urządzeniu chłodniczym, służącym do transportu preparatów szczepionkowych TAK/NIE
- rozchodu szczepionek TAK/NIE
- przychodu/rozchodu kart uodpornienia TAK/NIE
- niepożądanych odczynów poszczepiennych TAK/NIE

### III. OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY

Oświadczam, że :

- zapoznałem się z aktami prawnymi stanowiącymi podstawę prowadzenia szczepień ochronnych, a w szczególności z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753, z 2019 r. poz. 2118 oraz z 2020 r. poz. 1964), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz. U. poz. 1711 z 2019 r. poz. 2050 oraz z 2021 r. poz. 13) oraz z innymi przepisami sanitarno – higienicznymi dotyczącymi wymogów związanych wykonywaniem usług medycznych,
- zostałem zapoznany z zasadami prowadzenia sprawozdawczości ze szczepień,
- znam zasady prowadzenia szczepień i techniki podawania szczepionek oraz ustawicznie będę pogłębiać wiedzę tego zakresu i uczestniczyć w szkoleniach,
- znam adres i telefon najbliższej Konsultacyjnej Poradni Szczepień i zobowiązuję się kierować do niej na konsultacje dzieci wymagające stosowania indywidualnego kalendarza szczepień (zwłaszcza przewlekłe chore lub po wystąpieniu poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych),
- znam adres i telefon do Sekcji Szczepień Ochronnych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi, do której będę mógł zwracać się o pomoc merytoryczną

.....

*(Data i podpis kierownika podmiotu leczniczego)*