……………………

pieczątka PSSE

KARTA ŚWIADCZENIODAWCY

**PROWADZĄCEGO SZCZEPIENIA OCHRONNE**

1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

1. Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu praktyki prywatnej

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

2. Dane dotyczące osób prowadzących szczepienia (należy podać imię i nazwisko, specjalizację, informację czy dana osoba prowadziła szczepienia i ile lat)

1. lekarz ............................................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................................................
2. pielęgniarka...................................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................................................

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

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

 (nr umowy, data)

4. Wielkość rejonu:

placówka świadczy podstawową opieki zdrowotną dla ................... osób, w tym ...................... niemowląt oraz dzieci i młodzieży.............................................

1. DANE DOTYCZĄCE GABINETU

5. Opinia sanitarna dotycząca pomieszczeń i wyposażenia

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

 (przez kogo wydana, nr, data)

6. Informacja o wyposażeniu pomieszczeń w urządzenie chłodnicze przeznaczone tylko do przechowywania szczepionek, sprzęt do transportu szczepionek oraz zestaw przeciwwstrząsowy

 (wypełnia pracownik PSSE)

Gabinet zabiegowy wyposażony jest w lodówkę do przechowywania szczepionek, zaopatrzoną w termometr. Sprzęt do transportu szczepionek( termotorba wyposażona w wkłady chłodnicze). Zestaw przeciwwstrząsowy i resuscytacyjny.

....................................................................... ……………………………….. osoba wizytująca z PSSE (data i podpis)

III. OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY

Oświadczam, że:

* zapoznałem się z aktami prawnymi stanowiącymi podstawę prowadzenia szczepień ochronnych, a w szczególności z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych ogłoszonym przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie do dnia 31 października roku poprzedzającego realizację tego programu oraz z innymi przepisami sanitarno-higienicznymi dotyczącymi wymogów związanych z wykonywaniem usług medycznych;
* zostałem zapoznany z zasadami prowadzenia sprawozdawczości ze szczepień;
* znam zasady prowadzenia szczepień i techniki podawania szczepionek oraz ustawicznie będę pogłębiać wiedzę z tego zakresu i uczestniczyć w szkoleniach;
* znam nazwisko, adres i telefon kierownika oddziału epidemiologii (sekcji szczepień) wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej (lub oddziału zamiejscowego), do których będę mógł zwracać się o pomoc merytoryczną

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

 (podać dane)

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

pieczątka zakładu (podpis lekarza odpowiedzialnego za prowadzenie szczepień)