



**KWALIFIKACJA : NOP ciężki**  **NOP poważny**  **NOP łagodny**

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

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

## V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEGNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA

### DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

Nazwa szczepionki	Kolejna dawka szczepionki p/danej chorobie	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.