**Wzór**

**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | | | | | | | | | | | **Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg ilości wykorzystanych szczepionek**  **za okres**  **od**   **do**   **.** | Adresat: |
| **Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie** | | | | | | | | | | |  |
| **REGON** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Sprawozdanie należy przekazać w terminie**  **15 dni po okresie sprawozdawczym** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szczepionki** | **jednostka miary** | **Zamówienie roczne** | **Zamówienie**  **Kwartalne** | **Ilość zużytej szczepionki** | **Liczba podanych**  **dawek** | **Uwagi/Komentarze** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1.** | **DTP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod glinu. inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **2.** | **DTaP** - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Td -** Szczepionka  tężcowo-błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **4.** | **T** - Szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **5.** | **BCG** - Szczepionka p/gruźlicza  inj. fiolki./10 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| **6.** | Szczepionka **p/WZW** typu **B** **dla dzieci** inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **7.** | Szczepionka **p/WZW** typu **B** dla dorosłych  inj. 1,0 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **8.** | Szczepionka **p/WZW** typu **B** dla dializowanych  i z obniżoną odpornością inj. 1,0 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **9.** | Szczepionka **p/ odrze–śwince–różyczce**  inj 0,5 ml | dawka |  |  |  |  |  |
| **10.** | Szczepionka **p/poliomyelitis** (żywa)  inj. fiolki/10 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| **11.** | Szczepionka **p/poliomyelitis** (zabita) inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **12.** | Szczepionka **p/wściekliźnie** inaktywowana inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **13.** | Szczepionka **p/Haemophilus influenzae** typu b inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **14.** | Szczepionka **p/Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **16.** | Szczepionka **p/Ospie wietrznej**  inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **17.** | **DT**- Szczepionka błoniczo-tężcowa  adsorb. na wod. glinu inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **18.** | **Ty**-Szczepionka durowa inj.10 ml liof/20 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| **19.** | **TyT**-Szczepionka durowo-tężcowa inj. 10 ml liof/20 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| **20.** | **d**-Szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj 1 amp/1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **21.** | **D**-Szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj.fiolki/ 20 dawek | fiolka |  |  |  |  |  |
| **22.** | Szczepionka **p/meningokokom** inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |  |  |
| **23.** | **Boostrix** - Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów, 0,5 ml, 1 amp.-strzyk. + 1 igła BELGIA | dawka |  |  |  |  |  |
| **24.** | **Tdap SSI** - Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów 5 amp.- strzyk. x 0,5 ml DANIA | dawka |  |  |  |  |  |
| **25.** | **QUADRACEL** - szczep. p/ błonicy, tężcowi, krztuścowi, bezkom., ads., skojarzona z inaktywowaną szczep. p/polio 5 fiol. x 0,5 ml KANADA | dawka |  |  |  |  |  |
| **26.** | **Infanrix-IPV+HIB** - szczep. p. błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.) i haemophilus typ b (skoniugow.), ads. 1 fiol. z prosz i 1 amp.-sztrzyk. z zaw. 0,5 ml + 2 igły BELG | dawka |  |  |  |  |  |
| **27.** | **PENTAXIM**-szczep. p/błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.), haemophilus typ b (skoniugow.), ads., 1 fiol. z prosz. + 1 amp.-strzyk. z zaw. 0,5 ml + 2 igły FRANCJA | dawka |  |  |  |  |  |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania podpis osoby można uzyskać pod numerem telefonu 146809378

Pieczątka imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy:

……………………………(miejscowość i data)……………