



KARTA ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU POSZCZEPIENNEGO (NOP)

Nazwa i adres placówki opieki zdrowotnej

Adresat

Powiatowy Inspektor Sanitarny w

I. Identyfikacja placówki opieki zdrowotnej

Nr księgi rejestrowej

Kod jednostki
organizacyjnej/
część V

lub

Kod komórki
organizacyjnej/
część VII

lub

Kod organu
rejestrowego
(dla praktyki lekarskiej)

II. Dane osoby, u której wystąpił NOP

Imię i nazwisko

Data urodzenia

 / /

dd

mm

rrrr

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeżeli brak numeru PESEL, należy podać serię i numer dowodu osobistego lub numer paszportu

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu
/mieszkania /

Miejscowość

Kod
pocztowy -

Numer telefonu

III. Informacje o szczepieniu

Szczepionka przeciw

- | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Błonica | <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Covid-19 | <input type="checkbox"/> Dur brzuszny | <input type="checkbox"/> Gruźlica (BCG) | <input type="checkbox"/> Grypa |
| <input type="checkbox"/> Hib typu b | <input type="checkbox"/> Kleszczowe zapalenie mózgu | <input type="checkbox"/> Krztusiec | <input type="checkbox"/> Ludzki wirus brodawczaka (HPV) | <input type="checkbox"/> Meningokoki | <input type="checkbox"/> Odra |
| <input type="checkbox"/> Ospa wietrzna | <input type="checkbox"/> Pneumokoki | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> Rotawirusy | <input type="checkbox"/> Różyczka | <input type="checkbox"/> Świnka |
| <input type="checkbox"/> Tęžec | <input type="checkbox"/> Wścieklizna | <input type="checkbox"/> WZW typu A | <input type="checkbox"/> WZW typu B | <input type="checkbox"/> Żółta gorączka | |

Inna (jaka?)

Data i godzina wystąpienia odczynu

 / /

dd

mm

rrrr

 :

godz

min

IV. A. NOP po szczepieniach innych niż BCG

Reakcja miejscowa

Nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia (obrzęk, zaczerwienienie i bolesność)

 Nie Tak
 O średnicy 3 – 5 cm
 O średnicy 6 – 9 cm
 O średnicy większej niż 10 cm
 Utrzymujący się ponad 3 dni
 Wykraczający poza najbliższy staw

Ropień w miejscu wstrzyknięcia

 Nie Tak Jałowy Bakteryjny

Wyniki posiewu

Bolesność i powiększenie regionalnych węzłów chłonnych

 Nie Tak

Reakcja ogólna

Gorączka

 Nie Tak

Najwyższa temperatura

 38,0 – 38,4
 38,5 – 38,9
 39,0 – 39,4
 39,5 – 39,9
 40,0 – 40,4
 40,5 – i wyżej

Czas utrzymywania się gorączki

 do 24 h
 do 48 h
 do 72 h
 dłużej

Drgawki

 Nie Tak gorączkowe niegorączkowe pierwszy epizod wywołany szczepieniem
kolejny epizod drgawek

Reakcja alergiczna

 Nie Tak pokrzywka obrzęk Quinckego laryngospazm reakcja astmatyczna łzawienie, katar wysypka uogólniona rumień wielopostaciowy wysypka ograniczona do określonych obszarów skóry (jakich?)

Wstrząs anafilaktyczny/reakcja anafilaktyczna

 Nie Tak

Ciągły płacz

(płacz lub krzyk dziecka utrzymujący się nieprzerwanie 3 godziny lub więcej, pojawiający się w ciągu doby po szczepieniu)

 Nie Tak

Epizod hypotoniczno-hyporeaktywny

(hypotonia, obniżone napięcie mięśniowe, błądność powłok, senność, zaburzenia świadomości)

 Nie Tak z utratą przytomności z bezdechem

Wysypka różyczkopodobna

 Nie Tak

Wysypka odropodobna

 Nie Tak

| | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Biegunka | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Zasinienie kończyn | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Wymioty | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Wybroczyny skórne | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |

wybroczyny uogólnione ograniczone do kończyn

Powikłania

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Poliomyelitis poszczepienne (niedowład wiotki z objawami utrzymującymi się 60 lub więcej dni, który wystąpił u dziecka w przebiegu 4-30 dni po szczepieniu OPV lub 4-75 dni po kontakcie z osobą szczepioną) | <input type="checkbox"/> Encefalopatia (definiowana jako wystąpienie co najmniej dwóch z następujących trzech objawów w przebiegu 72 godzin po szczepieniu: a) drgawki, b) wyraźne zaburzenia świadomości utrzymujące się dzień lub dłużej, c) wyraźne zmiany w zachowaniu dziecka utrzymujące się dzień lub dłużej) |
| <input type="checkbox"/> Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych | <input type="checkbox"/> Zapalenie ślinianek przyusznych |
| <input type="checkbox"/> Arthralgia | <input type="checkbox"/> Porażenie splotu barkowego |
| <input type="checkbox"/> Posocznica / Wstrząs septyczny | <input type="checkbox"/> Zespół Guillain-Barre |
| <input type="checkbox"/> Zapalenie mózgu | <input type="checkbox"/> Zapalenie jąder |
| <input type="checkbox"/> Trombocytopenia <input type="text"/> Najniższy poziom płytek krwi | <input type="checkbox"/> Inne (proszę opisać w sekcji V. Kwalifikacja) |

IV. B. NOP po szczepieniu BCG (p/gruźlicy)

| | | |
|---|--|------------------------------|
| Krosta ropna (o średnicy większej niż 10 mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Owrzodzenie (o średnicy większej niż 10 mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Powiększenie regionalnych węzłów chłonnych | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Wielkość węzła (cm) <input type="text"/> | Liczba węzłów <input type="checkbox"/> pojedynczy węzeł <input type="checkbox"/> kilka węzłów <input type="checkbox"/> pakiet | |
| Rodzaj węzłów <input type="checkbox"/> pachowe <input type="checkbox"/> nadobojczykowe <input type="checkbox"/> szyjne <input type="checkbox"/> inne (jakie?) <input type="text"/> | | |
| Zropienie okolicznych węzłów chłonnych | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> z przetoką <input type="checkbox"/> bez przetoki | | |
| Poronny fenomen Kocha | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Ropień podskórny | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| <input type="checkbox"/> z przetoką <input type="checkbox"/> bez przetoki | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|------------------------------|
| Uogólnione zakażenie prątkiem BCG | (m.in. zmiany w węzłach chłonnych innych regionów, zmiany kostne, osteitis BCG, meningitis BCG, zmiany w innych narządach i tkankach) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Keloid | | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Martwica węzłów typu serowatego | | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Erythema nodosum | | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |

V. Kwalifikacja

 NOP ciężki

 NOP poważny

 NOP łagodny

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

VI. Dane o szczepionce i szczepieniu

 Brak danych, szczepienie wykonano w innej placówce

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Nazwa szczepionki | | | | | |
| Seria | | | | | |
| Data ważności | | | | | |
| Liczba dawek w opakowaniu | | | | | |
| Producent | | | | | |
| Data szczepienia | | | | | |
| Godzina szczepienia | | | | | |
| Nr dawki w schemacie szczepienia | | | | | |
| Objętość dawki szczepiennej | | | | | |
| Miejsce podania szczepionki | | | | | |

Droga podania szczepionki

 doustnie

 śródskórnice

 podskórnice

 domięśniowo

 inna (jaka?)

Zachowane zasady aseptyki podczas szczepienia

 Nie Tak

Niepoprawna technika szczepienia

 Nie Tak

Opis nieprawidłowości

Czy w przeszłości u pacjenta wystąpił odczyn poszczepienny?

 Nie Tak

Po jakiej szczepionce?

Warunki przechowywania szczepionki przed szczepieniem

 lodówka zamrażalnik lodówki zamrażarka suchy lód Inne (jakie?)

Temperatura w miejscu przechowywania (zmierzyć i podać)

Szczepionka przechowywana prawidłowo

 Nie Tak

Dane osoby wykonującej szczepienie

Stanowisko, imię i nazwisko

Numer prawa wykonywania zawodu

Adres i telefon punktu szczepień

VII. Potwierdzenie złożenia zgłoszenia

Dane osoby zgłaszającej

Imię i nazwisko

Numer prawa wykonywania zawodu

Telefon kontaktowy

Data zgłoszenia

 / /

dd

mm

rrrr

Podpis

VIII. Wypełnia pracownik PSSE

Potwierdzenie przyjęcia/rejestracji zgłoszenia

Imię i nazwisko pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Data przyjęcia/rejestracji

 / /

dd

mm

rrrr

 :

godz

min