|  |
| --- |
| **Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych** |
| **Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej** | **Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg ilości wykorzystanych szczepionekza okres****od……….. do…………… r.** | Adresat |
|  |
| Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie   | Sprawozdanie należy przekazać w terminie 15 od zakończenia kwartału |  |
| Numer identyfikacyjny – REGON |  |
| Lp. | Nazwa szczepionki | Jednostka miary | Ilość zużytej szczepionki | Liczba podanych dawek | Uwagi/komentarze |  |
| 1 | DTP - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod glinu. inj. 0,5 ml  | dawka |   |   |     |  |
| 2 | DTaP (3w1) - Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |   |   |     |  |
| 3 | Td - Szczepionka tężcowo-błonicza adsorb. na wod. glinu  | dawka |   |   |     |  |
| 4 | T - Szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |   |   |     |  |
| 5 | BCG - Szczepionka p/gruźliczainj. 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 dializowanychi z obniżoną odpornością inj. 1,0 ml | dawka |   |   |     |  |
| 9 | Szczepionka p/ odrze–śwince–różyczceinj 0,5 ml  | dawka |   |   |     |  |
| 10 | Szczepionka p/poliomyelitis (zabita) inj. 1 dawka | dawka |   |   |     |  |
| 11 | Szczepionka p/wściekliźnie inaktywowana inj. 1 dawka  | dawka |   |   |     |  |
| 12 | Szczepionka p/Haemophilus influenzae typu b inj. 1 dawka  | dawka |   |   |     |  |
| 13 | Szczepionka p/Streptococcus pneumoniae inj. 1 dawka PCV 13  | dawka |   |   |     |  |
| 14 | Szczepionka p/Streptococcus pneumoniae inj. 1 dawka PCV 10  | dawka |   |   |     |  |
| 15 | Szczepionka p/Ospie wietrznejinj. 1 dawka  | dawka |   |   |     |  |
| 16 | DT- Szczepionka błoniczo-tężcowaadsorb. na wod. glinu inj. 1 dawka | dawka |   |   |     |  |
| 17 | Ty-Szczepionka durowa inj.10 ml liof/20 dawek  | fiolka |   |   |     |  |
| 18 | TyT-Szczepionka durowo-tężcowa inj. 10 ml liof/20 dawek | fiolka |   |   |     |  |
| 19 | d-Szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj 1 amp/1 dawka | dawka |   |   |     |  |
| 20 | D-Szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj.fiolki/ 20 dawek | dawka |   |   |     |  |
| 21 | Szczepionka p/meningokokom inj. 1 dawka | dawka |   |   |     |  |
| 22 | Boostrix + Adacel + Refortrix Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów, 0,5 ml, 1 amp.-strzyk. + 1 igła  | dawka |   |   |     |  |
| 23 | Tdap SSI - Szczepionka p/ błonicy-tężcowi-krztuścowi (bezkom., złożona), ads., o zmniejszonej zawartości antygenów 5 amp.- strzyk. x 0,5 ml  | dawka |   |   |     |  |
| 24 | Tetraxim/Quadracel/4-w-1 - szczep. p/ błonicy, tężcowi, krztuścowi, bezkom., ads., skojarzona z inaktywowaną szczep. p/polio 5 fiol. x 0,5 ml  | dawka |   |   |     |  |
| 25 | Infanrix-IPV-HiB - szczep. p. błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.)i haemophilus typ b (skoniugow.), ads. 1 fiol. z prosz i  | dawka |   |   |     |  |
| 26 | Pentaxim -szczep. p/błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.), haemophilus typ b (skoniugow.), ads., 1 fiol. z prosz. + 1 | dawka |   |   |     |  |
| 27 | RotaTeq - szczep. p/ko rotawirusowi (żywa, doustna) | dawka |   |   |     |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu:……………………………………………………………………………………

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

 (miejscowość i data) (nadruk lub pieczątka osoby działającej w imieniu sprawozdawcy

 zawierające co najmniej imię i nazwisko oraz jej podpis)