**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | **Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień**  **ochronnych sporządzone według ilości wykorzystanych szczepionek za okres**  **od ....................... do .......................**  **…………. roku** | | | Adresat  **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Piotrkowie Trybunalskim**  **Al. 3 Maja 8**  **97-300 Piotrków Trybunalski** |
| Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie | |
| Numer identyfikacyjny – REGON | | **Sprawozdanie należy przekazać w terminie 15 dni od zakończenia**  **kwartału** |
| **Lp.** | **Nazwa szczepionki** | **Jednostka miary** | **Ilość zużytej szczepionki** | **Liczba podanych dawek** | **Uwagi/ Komentarze** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **1.** | **DTP** - szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa ads. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **2.** | **CLODIVAC (19 r.ż.)** - szczepionka błoniczo-tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **3.** | **TETANA** - szczepionka tężcowa  adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **4.** | **BCG 10** – szczepionka przeciwgruźlicza  inj. fiolki/10 dawek | ampułka |  |  |  |
| **5.** | **EUVAX B 0,5 ml** - szczepionka przeciw **WZW B dla dzieci** inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **6.** | **EUVAX B 1 ml** - szczepionka przeciw **WZW B dla dorosłych** inj. 1,0 ml | dawka |  |  |  |
| **7.** | **ENGERIX B 1 ml** - szczepionka przeciw **WZW B dla dializowanych** i z obniżoną odpornością inj. 1 ml | dawka |  |  |  |
| **8.** | **MMR Vax Pro** - szczepionka przeciw **odrze-śwince-różyczce** inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **9.** | **PRIORIX** - szczepionka przeciw **odrze-śwince-różyczce** inj. 0,5 ml | dawka |  |  |  |
| **10.** | **IMOVAX POLIO - s**zczepionka przeciw **poliomyelitis** (zabita) inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |
| **11.** | **VERORAB** - szczepionka przeciw **wściekliźnie** inaktywowana inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |
| **12.** | **ACT-HIB** - szczepionka przeciw **Haemophilus influenzae** typu b inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |
| **13.** | **PREVENAR 13 -** szczepionka p/ **Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka  **PCV 13** | dawka |  |  |  |
| **14.** | **SYNFLORIX** - szczepionka p/**Streptococcus pneumoniae** inj. 1 dawka **PCV 10** | dawka |  |  |  |
| **15.** | **VARILRIX** - szczepionka przeciw **ospie wietrznej** inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |
| **16.** | **VARIVAX** - szczepionka przeciw **ospie wietrznej** inj. 1 dawka | dawka |  |  |  |
| **17.** | **BOOSTRIX (14 r.ż.)** - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), adsorbowana, o zmniejszonej zawartości antygenów | dawka |  |  |  |
| **18.** | **ADACEL (14 r.ż.)** - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), adsorbowana, o zmniejszonej zawartości antygenów | dawka |  |  |  |
| **19.** | **Tdap Szczepionka** **(14 r.ż.)** - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), adsorbowana, o zmniejszonej zawartości antygenów | dawka |  |  |  |
| **20.** | **TETRAXIM (6 r.ż.)** - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona) i poliomyelitis (inaktywowana), adsorbowana | dawka |  |  |  |
| **21.** | **INFANRIX IPV (6 r.ż.)** - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona) i poliomyelitis (inaktywowana), adsorbowana | dawka |  |  |  |
| **22.** | **INFANRIX-IPV+HIB -** szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom., złożona), poliomyelitis (inaktyw.) i Haemophilus influeanzae typ b (skoniugowana), adsorbowana | dawka |  |  |  |
| **23.** | **PENTAXIM -** szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom. złożona), poliomyelitis (inaktyw.) Haemophilus influenzae typ b (skoniugow), adsorbowana | dawka |  |  |  |
| **24.** | **ROTATEQ -** szczepionka przeciw rotawirusom, żywa, roztwór doustny | dawka |  |  |  |
| **25.** | **CERVARIX -** szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego | dawka |  |  |  |
| **26.** | **GARDASIL 9 -** szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego | dawka |  |  |  |
| **27.** | Szczepionki zwolnione z rezerwy  …………………………………………………………………………………….  (nazwa) | 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)