

Opis odczynu, dodatkowe dane:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEGNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA

DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

Nazwa szczepionki

Producent

Nr serii..... Data ważności

Liczba dawek w opakowaniu Objętość dawki szczepiennej.....

Droga podania szczepionki: doustnie śródskórnice podskórnice domięśniowo inna

Sprzęt użyty do szczepienia jednorazowy wydzielony zestaw inny

Warunki przechowywania szczepionki przed szczepieniem: → lodówka zamrażalnik lodówki

zamrażarka inne

Temperatura w miejscu przechowywania (zmierzyć i podać).....

Stanowisko, imię i nazwisko osoby szczepiącej :

Adres i telefon punktu szczepień.....

VI - WYPEŁNIA PRACOWNIK PSSE (W przypadku nie wypełnienia punktu B należy wypełnić ten punkt kontaktując się osobiście lub telefonicznie z pielęgniarką w punkcie szczepień).

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

Stan zdrowia dziecka w tydzień od rozpoznania odczynu poszczepiennego:

Dziecko jest nadal leczone w domu w szpitalu

Pełny powrót do zdrowia

Trwałe zmiany. Jakie

?.....

Inne. Jakie ?

Czy wg opinii pracownika Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej niepożądany odczyn poszczepienny wystąpił w wyniku:

Nieprawidłowości w przechowywaniu szczepionki? Tak Nie

Niezachowania zasad aseptyki podczas szczepienia? Tak Nie

Błędnej techniki szczepienia? (np. podania szczepionki BCG podskórnice) Tak Nie

Omyłkowego podania błędnej dawki szczepionki? Tak Nie

Nieuwzględnienia przeciwwskazań do szczepienia? (proszę opisać poniżej) Tak Nie

Nie wiadomo (brak danych).....

Inne - proszę opisać.....

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.

3) Nacieczenie pojawiające się już pomiędzy 2 a 7 dniem po szczepieniu, a następnie owrzodzenie gojące się w ciągu 2-4 miesięcy.

4) Należy dołączyć odpis historii choroby (wraz z badaniami immunologicznymi dziecka).