



- Zespół Guillain – Barre
- Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych
- Zapalenie ślinianek przyusznych
- Arthralgia
- Posocznica / Wstrząs septyczny
- Encefalopatia (definiowana jako wystąpienie co najmniej dwu z następujących 3 objawów w przeciągu 72 godzin po szczepieniu:

- a) drgawek b) wyraźnych zaburzeń świadomości utrzymujących się dzień lub dłużej c) wyraźnej zmiany w zachowaniu dziecka utrzymującej się dzień lub dłużej)
- Zapalenie mózgu
- Zapalenie jąder
- Trombocytopenia. Najniższy poziom płytek krwi.....
- Inne - proszę opisać (miejsce na opis po drugiej stronie)

Opis odczynu, dodatkowe dane:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

## V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEŃNIARKA 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 niewypełnienia 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

Trwale 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).