|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Pieczątka placówki*  *opieki zdrowotnej* | **FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU PO SZCZEPIENIU BCG**  **(p/gruźlicy)** | *Adresat:*  Powiatowy Inspektor Sanitarny  w ................................................ |

**I. IDENTYFIKACJA PLACÓWKI OPIEKI ZDROWOTNEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KOD RESORTOWY |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REGON | | | | | | | | | | | kod położenia placówki opieki zdrowotnej /część II - TERYT/1 | | | | | | | | | kod jednostki organizacyjnej/ część V/2 | | | |

**II. DANE OSOBY, U KTÓREJ WYSTĄPIŁ NOP**

**Imię****Nazwisko****Data urodz****/****/**

**PESEL**

**Adres zamieszkania:**

**Miejscowość**

**Ulica** **Nr domu** **Nr mieszkania**

**III. INFORMACJE O SZCZEPIENIU**

**Szczepionka podejrzana o wywołanie odczynu**: ❑BCG

Szczepienie w okresie noworodkowym: ❑

Szczepienie w wieku późniejszym: ❑ podaj wiek dziecka………………………………

z przyczyn medycznych ❑ z innych powodów ❑ jakie …………………………………….

**Data szczepienia:** // **godzina** **:**

**Data wystąpienia odczynu:** // **godzina** **:**

**IV NIEPOŻĄDANY ODCZYN PO SZCZEPIENIU BCG (p/gruźlicy)**

❑ Krosta ropna (o średnicy większej niż 10mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)

❑ Owrzodzenie (o średnicy większej niż 10mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)

❑ Powiększenie regionalnych węzłów chłonnych. Wielkość węzła ( w cm).......................

Węzły: ❑pachowe ❑nadobojczykowe ❑szyjne ❑inne (jakie?).......................................................

Ilość: ❑pojedynczy węzeł ❑kilka węzłów ❑pakiet

❑ Zropienie okolicznych węzłów chłonnych Z przetoką? ❑Tak ❑Nie

❑ Poronny fenomen Kocha (3)

❑ Ropień podskórny Z przetoką? ❑Tak ❑Nie

❑ Uogólnione zakażenie prątkiem BCG (m.in. zmiany w węzłach chłonnych innych regionów, zmiany kostne, osteitis BCG, meningitis BCG, zmiany w innych narządach i tkankach) (4)

❑ Keloid

❑ Martwica węzłów typu serowatego

❑ Erythema nodosum

### KWALIFIKACJA : NOP ciężki ⬜ NOP poważny ⬜ NOP łagodny ⬜

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELĘGNIARKA 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: ❑śródskórnie ❑inna- jaka?........................................

Warunki przechowywania szczepionki przed szczepieniem:🡺 ❑lodówka ❑zamrażalnik lodówki

 ❑zamrażarka ❑inne ..................................................................

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

Szczepionka przechowywana prawidłowo ❑ Tak ❑ Nie

Zachowane zasady aseptyki podczas szczepienia ❑ Tak ❑ Nie

Poprawna technika szczepienia ( np. podania szczepionki BCG podskórnie, podanie dożylne)(proszę opisać poniżej) ❑ Tak ❑ Nie

Inne (opisać)…………………………………………………………………………………………………………………………..

Uwagi……………………………………………………………………………………………………………………………….

Stanowisko, imię i nazwisko osoby szczepiącej : ................................................................................................................................................

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

Adres i telefon punktu szczepień..........................................................................................................................................................................

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

**VI - WYPEŁNIA PRACOWNIK PSSE**

**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 Liczba dni hospitalizacji

Stan zdrowia dziecka w tydzień od rozpoznaniu odczynu poszczepiennego:

❑Dziecko jest nadal leczone ❑w domu ❑w szpitalu

❑Pełny powrót do zdrowia

❑Trwałe zmiany. Jakie ?................................................................................................................................................

❑Inne. Jakie ? ...............................................................................................................................................................

❑ Zgon Data zgonu //

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

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

Inne.................................................................................................................................................................................................

Uwagi.............................................................................................................................................................................................

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

**Weryfikacja kwalifikacji** :bez zmiany kwalifikacji ❑

zmiana kwalifikacji ❑

NOP ciężki ❑ NOP poważny ❑ NOP łagodny ❑ Nie NOP ❑

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

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

Wypełnił: Imię, nazwisko i podpis pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej

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).