|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Pieczątka placówki**opieki zdrowotnej* | **FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU PO SZCZEPIENIU** **INNYM NIŻ BCG** | *Adresat:*Powiatowy Inspektor Sanitarnyw ................................................ |

**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**: ❑Błonica ❑Tężec ❑Krztusiec ❑ OPV ❑ IPV

❑Odra ❑Świnka ❑Różyczka ❑ wzw A ❑wzw B ❑Grypa ❑Inna.(jaka?)....................

**Data szczepienia** [ ] [ ] /[ ] [ ] /[ ] [ ] [ ] [ ]  **Godz.** [ ] [ ] **:**[ ] [ ] **Data wystąpienia odczynu**[ ] [ ] /[ ] [ ] /[ ] [ ] [ ] [ ] **Godz.****[ ]** **[ ] :****[ ]** **[ ]**

## IV NIEPOŻĄDANY ODCZYN PO SZCZEPIENIACH INNYCH NIŻ BCG

## Reakcja miejscowa

❑Nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia🡺❑ O średnicy 3 – 5 cm ❑ Wykraczający poza najbliższy staw

(obrzęk, zaczerwienienie i bolesność) ❑ O średnicy 6 – 9 cm ❑ Utrzymujący się ponad 3 dni

 ❑ O średnicy większej niż 10 cm

❑Ropień w miejscu wstrzyknięcia🡺 ❑ Jałowy ❑Bakteryjny. Wynik posiewu ............................................................

❑Bolesność i powiększenie regionalnych węzłów chłonnych.

**Reakcja ogólna**

❑Gorączka - Najwyższa temperatura❑38,0-38,4 ❑38,5-38,9 ❑39,0-39,4 ❑39,5-39,9 ❑40,0-40,4 ❑40,5- i wyżej

Czas utrzymywania się gorączki ❑ do 24 godzin ❑ do 48 godzin ❑do 72 godzin ❑ dłużej

❑Drgawki🡺 ❑ gorączkowe ❑ niegorączkowe ❑pierwszy epizod ❑wywołany szczepieniem kolejny epizod drgawek

❑Reakcja alergiczna ❑ pokrzywka ❑ obrzęk Quinckego ❑ laryngospazm ❑ reakcja astmatyczna ❑ łzawienie, katar

 ❑ wysypka uogólniona ❑ wysypka ograniczona do określonych obszarów skóry (jakich?...........................................................)

 ❑ rumień wielopostaciowy

❑Wstrząs anafilaktyczny

❑Ciągły płacz (płacz lub krzyk dziecka utrzymujący się nieprzerwanie 3 godziny lub więcej, pojawiający się w ciągu doby po szczepieniu

❑Epizod hypotoniczno-hyporeaktywny🡺 ❑ z utratą przytomności ❑ z bezdechem

 (hipotonia, obniżone napięcie mięśniowe, bladość powłok, senność, zaburzenia świadomości)

❑ Wysypka różyczkopodobna

❑ Wysypka odropodobna

❑ Biegunka

❑ Wymioty

❑ Zasinienie kończyn

❑ Wybroczyny skórne🡺 ❑ wybroczyny uogólnione ❑ ograniczone do kończyn

**Powikłanie**

❑ Poliomyelitis poszczepienne (niedowład wiotki z objawami utrzymującymi się 60 lub więcej dni, który wystąpił u dziecka w przeciągu 4-30 dni po szczepieniu OPV lub 4 - 75 dni po kontakcie z osobą szczepioną)

❑ Zespół Guillain – Barre

❑ Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych

❑ Zapalenie ślinianek przyusznych

❑ Arthralgia

❑ Porażenie splotu barkowego

❑ 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)

### 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** | Kolejna dawka szczepionki p/danej chorobie | Seria i data ważności | **Producent** | **Liczba dawek w opakowaniu** | **Objętość dawki szczepiennej** | **Miejsce podania szczepionki** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Droga podania szczepionki: ❑doustnie ❑śródskórnie ❑podskórnie ❑domięśniowo ❑inna

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 (proszę opisać poniżej) ❑ Tak ❑ Nie

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

 Uwagi………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy w przeszłości u dziecka wystąpił odczyn poszczepienny? ❑ Nie ❑ Tak Po jakiej szczepionce?……………………

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 Ile dni?[ ] [ ]

Stan zdrowia dziecka w tydzień po 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 czytelny 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.