Załącznik nr 2

WZÓR

ZAŚWIADCZENIE

O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

*(nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę),*

*adres, nr telefonu i nr REGON podmiotu wydającego zaświadczenie)*

W wyniku przeprowadzonego w dniu …………………………… o godzinie ……… lekarskiego badania kwalifikacyjnego

zaświadcza się, że:

u Pana/i ....................................................... urodzonego/ej w dniu ............................ ………………….. zamieszkałego/ej w

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

(adres zamieszkania)

nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL .....................................................

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

 stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

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

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

w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego

 stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

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

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

dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia ……………………………………………………………\*\*)

 stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, dające podstawy do

długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia, i skierowano na konsultację specjalistyczną do poradni

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

..............................................................................................................................................................................................\*\*)

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA\*):

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

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

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

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

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

………………………………................................, dnia ................................

 (miejscowość)

 ………………….…..……………………………………………

 (nadruk lub pieczątka lekarza zawierające co najmniej imię, nazwisko

 i numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis)

\*) Wypełnia lekarz w przypadku skierowania na konsultację specjalistyczną do poradni.

\*\*) Wypełnia lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne lub konsultację specjalistyczną.

Załącznik nr 3

WZÓR

KARTA UODPORNIENIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL |  *nazwisko imię*.............................................................................................................................................................................................................. *nr PESEL*....................................................................................................... | Data urodzeniadzień miesiąc rok…….-……-…… |

Obowiązkowe szczepienia ochronne

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wiek | Rodzaj szczepionki / nr dawki | Data i godzina wykonania szczepienia | Miejsce podania szczepionki | Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
| noworodek |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2 miesiąc życia |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 3−4 miesiąc życia |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 5−6 miesiąc życia |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 7 miesiąc życia |  |  |  |  |  |  |
| 13−15 miesiąc życia |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 16−18 miesiąc życia |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 6 rok życia |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 10 rok życia |  |  |  |  |  |  |
| 14 rok życia |  |  |  |  |  |  |
| 19 rok życia |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, nr telefonu i nr REGON podmiotu zakładającego kartę wraz z nr kontraktu | nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, nr telefonu i nr REGON podmiotu przeprowadzającego szczepienie wraz z nr kontraktu | nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, nr telefonu i nr REGON podmiotu przeprowadzającego szczepienie wraz z nr kontraktu | nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, nr telefonu i nr REGON podmiotu przeprowadzającego szczepienie wraz z nr kontraktu |
| od ............... do ............... | od ............... do ............... | od ............... do ............... | od ............... do ............... |

|  |
| --- |
| Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczę nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545) *Nazwisko………………………………………………………………………. imię ………………………………………………………………………..* |
| Nr telefonu |
| Adres Zamieszkania | *kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu*1. …………………………………………………………………………………………………………*kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu*2. …………………………………………………………………………………………………………*kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu*3. ………………………………………………………………………………………………………… |

Inne szczepienia ochronne

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Typ szczepienia/szczepienie przeciw | Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Data i godzina wykonania szczepienia oraz miejsce podania szczepionki | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Szczepienie przeciw | Data stwierdzenia | Data ustania | Rodzaj przeciwwskazania | Podpis lekarza kwalifikującego |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Niepożądane odczyny poszczepienne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj odczynu | Data wystąpienia | Po jakiej szczepionce | Rodzaj odczynu | Data wystąpienia | Po jakiej szczepionce |
| nazwa | data szczepienia |
| nazwa | data szczepienia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Powiadomienia o szczepieniu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datapowiadomieniao szczepieniu | Datapowiadomieniao szczepieniu | Datapowiadomieniao szczepieniu | Datapowiadomieniao szczepieniu | Datapowiadomieniao szczepieniu | Datapowiadomieniao szczepieniu | Datapowiadomieniao szczepieniu | Datapowiadomieniao szczepieniu | Datapowiadomieniao szczepieniu | Datapowiadomieniao szczepieniu | Datapowiadomieniao szczepieniu |

**Załącznik nr 4**

WZÓR

Objaśnienie: Książeczka szczepień ma format A5.

Książeczka szczepień

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL |  *nazwisko imię*............................................................................................................................................................................................................................*nr PESEL*...............................................................................................................  | Data urodzeniadzień miesiąc rok…….-……-…… |

Obowiązkowe szczepienia ochronne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wiek | Rodzajszczepionki | Data i godzina wykonania szczepienia | Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
| noworodek |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2 miesiąc życia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 3−4 miesiąc życia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 5−6 miesiąc życia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 7 miesiąc życia |  |  |  |  |  |
| 13−15 miesiąc życia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 16−18 miesiąc życia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 6 rok życia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 10 rok życia |  |  |  |  |  |
| 14 rok życia |  |  |  |  |  |
| 19 rok życia |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, nr telefonu i nr REGON podmiotu zakładającego książeczkę wraz z nr kontraktu | nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, nr telefonu i nr REGON podmiotu przeprowadzającego szczepienie wraz z nr kontraktu | nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, nr telefonu i nr REGON podmiotu przeprowadzającego szczepienie wraz z nr kontraktu | nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, nr telefonu i nr REGON podmiotu przeprowadzającego szczepienie wraz z nr kontraktu |
| od ............... do ............... | od ............... do ............... | od ............... do ............... | od ............... do ............... |

|  |
| --- |
| Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczę nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545) *Nazwisko………………………………………………………………………. imię ………………………………………………………………………..* |
| Nr telefonu |
| Adres Zamieszkania | *kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu*1. …………………………………………………………………………………………………………*kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu*2. …………………………………………………………………………………………………………*kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu*3. ………………………………………………………………………………………………………… |

Inne szczepienia ochronne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Typ szczepienia/szczepienie przeciw | Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Podpis wykonującego |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Szczepienie przeciw | Data stwierdzenia | Data ustania | Rodzaj przeciwwskazania | Podpis lekarza kwalifikującego |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Niepożądane odczyny poszczepienne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj odczynu | Data wystąpienia | Po jakiej szczepionce | Rodzaj odczynu | Data wystąpienia | Po jakiej szczepionce |
| nazwa | data szczepienia |
| nazwa | data szczepienia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Termin kolejnego szczepienia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datakolejnego szczepienia | Datakolejnego szczepienia | Datakolejnego szczepienia | Datakolejnego szczepienia | Datakolejnego szczepienia | Datakolejnego szczepienia | Datakolejnego szczepienia | Datakolejnego szczepienia | Datakolejnego szczepienia | Datakolejnego szczepienia | Datakolejnego szczepienia |

**Załącznik nr 5**

WZÓR

**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | Kwartalne sprawozdanie z obowiązkowych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres od ..................... do ..................... ................. r. | Adresat  |
| Nr identyfikacyjny − REGON | **Sprawozdanie należy****przekazać w terminie****7 dni po okresie****sprawozdawczym** |

**Karty uodpornienia przechowywane przez składającego sprawozdanie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rok** **urodzenia** **pacjenta** | **Liczba kart uodpornienia** |
| **wg stanu w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozdawczego** | **w okresie sprawozdawczym** | **wg stanu** **w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego** |
| **założonych przez składającego sprawozdanie** | **otrzymanych od innych podmiotów** | **usuniętych z kartoteki z powodu zgonów, emigracji** | **przekazanych innym podmiotom** |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Razem |  |  |  |  |  |  |

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)

**Załącznik nr 6**

WZÓR

**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | **Kwartalne sprawozdanie** **z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg ilości wykorzystanych szczepionek za okres****od ..................... do ..................... r.** | Adresat |
| Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie |
| Numer identyfikacyjny – REGON | Sprawozdanie należy przekazać w terminie 15 dni po okresie sprawozdawczym |
| **Lp.** | **Nazwa szczepionki** | **Jednostka****miary** | **Ilość zużytej szczepionki** | **Liczba podanych dawek** | **Uwagi/ Komentarze** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu ………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………

 (nadruk lub pieczątka osoby działającej w imieniu sprawozdawcy

 zawierające co najmniej imię i nazwisko oraz jej podpis)

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

 (miejscowość i data)