



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 20 kwietnia 2018 r.

Poz. 753

### OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 28 marca 2018 r.

#### **w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 849), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1815).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2–4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1815), które stanowią:

„§ 2. Przepis § 3 pkt 4 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem, stosuje się do dzieci urodzonych po dniu 31 grudnia 2016 r.

§ 3. Wobec dzieci urodzonych przed dniem 1 stycznia 2017 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.”.

Minister Zdrowia: *L. Szumowski*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia  
z dnia 28 marca 2018 r. (poz. 753)

## **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 18 sierpnia 2011 r.

### **w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych**

Na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151) zarządza się, co następuje:

#### **§ 1. Rozporządzenie określa:**

- 1) wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych;
- 2) osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby;
- 3) kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne;
- 4) sposób przeprowadzania szczepień ochronnych;
- 5) tryb przeprowadzania konsultacji specjalistycznej dla osób, w przypadku których lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego;
- 6) wzory:
  - a) zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym,
  - b) książeczki szczepień,
  - c) karty uodpornienia;
- 7) sposób prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej obowiązkowych szczepień ochronnych i jej obiegu;
- 8) wzory sprawozdań z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz tryb i terminy ich przekazywania.

#### **§ 2. Obowiązkiem szczepień ochronnych są objęte następujące choroby zakaźne:**

- 1) błonica;
- 2) gruźlica;
- 3) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b;
- 4) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 5) krztusiec;
- 6) nagminne zakażenie przyusznic (świnka);
- 7) odra;
- 8) ospa wietrzna;
- 9) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis);
- 10) różyczka;
- 11) tężec;
- 12) wirusowe zapalenie wątroby typu B;
- 13) wścieklizna.

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

§ 3. Obowiązek poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw:

- 1) błonicy obejmuje:
  - a) dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia,
  - b) osoby ze stycznością z chorymi na błonicę;
- 2) gruźlicy obejmuje dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 15 roku życia;
- 3) inwazyjnemu zakażeniu *Haemophilus influenzae* typu b obejmuje dzieci od 7 tygodnia życia do ukończenia 6 roku życia;
- 4)<sup>2)</sup> inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* obejmuje dzieci i młodzież od 2 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 5) krztuścowi obejmuje dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;
- 6) nagminnemu zakażeniu przyusznic (śwince) obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 7) odrze obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 8) ospie wietrznej obejmuje:
  - a) dzieci do ukończenia 12 roku życia:
    - z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby,
    - z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji,
    - zakażone HIV,
    - przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią,
  - b) dzieci do ukończenia 12 roku życia z otoczenia osób określonych w lit. a, które nie chorowały na ospę wietrzną,
  - c) dzieci do ukończenia 12 roku życia, inne niż wymienione w lit. a i b, przebywające w:
    - zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
    - zakładach opiekuńczo-leczniczych,
    - rodzinnych domach dziecka,
    - domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
    - domach pomocy społecznej,
    - placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
    - regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych,
    - interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych,
  - d) **dzieci, inne niż wymienione w lit. a–c, przebywające w żłobkach lub klubach dziecięcych;**
- 9) ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis) obejmuje dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;
- 10) różyczce obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 11) tężcowi obejmuje:
  - a) dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia,
  - b) osoby zranione, narażone na zakażenie;
- 12) wirusowemu zapaleniu wątroby typu B obejmuje:
  - a) dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 19 roku życia,
  - b) uczniów szkół medycznych lub innych szkół prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
  - c) studentów uczelni medycznych lub innych uczelni, prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,

<sup>2)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1815), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.

- d) osoby szczególnie narażone na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną wirusem zapalenia wątroby typu B, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
  - e) osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C,
  - f) osoby wykonujące zawód medyczny narażone na zakażenie, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
  - g) osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osoby dializowane;
- 13) wścieklicznie obejmuje osoby mające styczność ze zwierzęciem chorym na wścieklicznę lub podejrzanym o zakażenie wirusem wściekliczny.

**§ 4.** Od poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym są zwolnione osoby, które wcześniej poddały się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w zakresie wymaganym w rozporządzeniu i posiadają potwierdzającą to dokumentację, pod warunkiem że od wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych minął okres nie dłuższy od okresu utrzymywania się odporności.

**§ 5.** Obowiązkowe szczepienia ochronne są prowadzone zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na dany rok, ogłaszanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu, o którym mowa w art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

**§ 6.** Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przeprowadzają obowiązkowe szczepienie ochronne, jeżeli:

- 1) odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, lub
- 2) posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

**§ 7. 1.** Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która nie ukończyła 6 roku życia, przeprowadza się w obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, 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 2017 r. poz. 1318 i 1524), zwanego dalej „opiekunem faktycznym”.

2. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która ukończyła 6 rok życia, a nie osiągnęła pełnoletności, można przeprowadzić bez obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego, po uzyskaniu ich pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

3. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadza się indywidualnie.

4. Wzór zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

**§ 8. 1.** Lekarz przeprowadzający konsultację specjalistyczną dla osoby, w przypadku której lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, odnotowuje w dokumentacji medycznej, o której mowa w § 9 ust. 1, wynik konsultacji specjalistycznej, z uwzględnieniem okresu przeciwwskazania do wykonania szczepienia, rodzaju szczepionek przeciwwskazanych do stosowania lub indywidualnego programu szczepień ze wskazaniem rodzajów stosowanych szczepionek oraz terminu kolejnej konsultacji specjalistycznej.

2. Przepisy § 7 ust. 1–3 stosuje się odpowiednio.

**§ 9. 1.** Informacje na temat przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane w:

- 1) karcie uodpornienia, której wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
- 2) książeczce szczepień, której wzór jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 3) dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach o rodzajach i zakresie dokumentacji medycznej oraz sposobie jej przetwarzania.

2. W przypadku gdy osoba obowiązana do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub osoba, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekun faktyczny przedstawi zaświadczenie lekarskie o wykonaniu obowiązkowego szczepienia ochronnego lub szczepienia zalecanego w zakresie wymaganym w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych, osoby przeprowadzające szczepienia ochronne odnotowują w karcie uodpornienia wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego oraz dołączają do karty uodpornienia przedstawione zaświadczenie.

3. Do karty uodpornienia dołącza się wymaganą na piśmie zgodę, o której mowa w § 7 ust. 2.

4. W dokumentach, o których mowa w ust. 1, odnotowuje się fakt poinformowania osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się temu szczepieniu.

**§ 10.** 1. Wpisów do dokumentów, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1 i 2, dokonuje się czytelnym pismem odręcznym w odpowiednich częściach dokumentów, bezpośrednio po wykonaniu lub niewykonaniu szczepienia ochronnego.

2. Wpisu błędnego w dokumentacji medycznej, o której mowa w § 9 ust. 1 pkt 1 i 2, nie usuwa się; dodaje się adnotację o przyczynie błędu oraz datę i podpis osoby dokonującej adnotacji.

**§ 11.** 1. Karty uodpornienia są przechowywane w kartotece w sposób umożliwiający wyszukiwanie osób podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym.

2. W przypadku konieczności przekazania karty uodpornienia przekazuje się ją za pokwitowaniem osobie przeprowadzającej obowiązkowe szczepienie ochronne.

**§ 12.** 1. Osoba wystawiająca zaświadczenie o urodzeniu żywym, która założyła książeczkę szczepień, przekazuje ją za pokwitowaniem osobie obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osobie sprawującej prawną pieczę nad tą osobą albo opiekunowi faktycznemu.

2. W przypadku zagubienia lub zniszczenia książeczki szczepień osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienie ochronne wydają na podstawie posiadanej karty uodpornienia duplikat książeczki szczepień.

**§ 13.** Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych, którego wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, jest sporządzane i przekazywane przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 7 dni po zakończeniu kwartału, za pomocą środków komunikacji elektronicznej albo listem poleconym.

**§ 14.** Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych, którego wzór jest określony w załączniku nr 5 do rozporządzenia, jest sporządzane i przekazywane przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 15 dni po zakończeniu kwartału, za pomocą środków komunikacji elektronicznej albo listem poleconym.

**§ 15.** 1. Karty uodpornienia wystawione na podstawie dotychczasowych przepisów oraz książeczki szczepień założone na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują ważność.

2. Formularze karty uodpornienia oraz książeczki szczepień według wzorów określonych w dotychczasowych przepisach mogą być wykorzystywane do wyczerpania zapasów, nie dłużej jednak niż przez okres 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

**§ 16.** Do kwartalnych sprawozdań z realizacji szczepień ochronnych sporządzanych przez osoby przeprowadzające szczepienia ochronne za trzeci kwartał 2011 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

**§ 17.** Przepis § 3 pkt 4 lit. c stosuje się wobec dzieci urodzonych po dniu 30 września 2011 r.

**§ 18.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2011 r.<sup>3)</sup>

<sup>3)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. poz. 2018, z 2004 r. poz. 513, z 2005 r. poz. 624, z 2006 r. poz. 254, z 2007 r. poz. 633 oraz z 2008 r. poz. 795), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 68 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 18 sierpnia 2011 r.

Załącznik nr 1

WZÓR

**ZAŚWIADCZENIE  
O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM**

(pieczęć nagłówkowa)

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 (podać adres)

\*\*)

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA\*\*\*):

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*) Wypełnia lekarz w przypadku gdy szczepienie odbywa się w placówce innej niż badanie pacjenta.

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

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

## WZÓR

## KARTA UODPORNIEŃ

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL	<i>nazwisko</i>	<i>imię</i>	Data urodzenia  dzień miesiąc rok  .....-.....-.....
	.....	.....	
	<i>nr PESEL</i>	.....	

## Obowiązkowe szczepienia ochronne

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Miejsce podania szczepionki	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
noworodek	gruźlica BCG					
	wzw B – 1. dawka					
2 miesiąc życia	wzw B – 2. dawka					
	DTP – 1. dawka					
	Hib – 1. dawka					
3–4 miesiąc życia	DTP – 2. dawka					
	Hib – 2. dawka					
	polio IPV – 1. dawka					
5–6 miesiąc życia	DTP – 3. dawka					
	Hib – 3. dawka					
	polio IPV – 2. dawka					
7 miesiąc życia	wzw B – 3. dawka					
13–14 miesiąc życia	odra, świnka, różyczka – 1. dawka					
16–18 miesiąc życia	DTP – 4. dawka					
	polio IPV – 3. dawka					
	Hib – 4. dawka					
6 rok życia	DTaP – 1. dawka przypominająca					
	polio OPV					
10 rok życia	odra, świnka, różyczka – 2. dawka przypominająca					
14 rok życia	Td – 2. dawka przypominająca					
19 rok życia	Td – 3. dawka przypominająca					





## WZÓR

Objaśnienie: Książeczka szczepień ma format A5.

**Książeczka szczepień**

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL	<i>nazwisko</i>	<i>imię</i>	Data urodzenia dzień miesiąc rok .....-.....-.....
	.....	.....	
	<i>nr PESEL</i>		
	.....		

**Obowiązkowe szczepienia ochronne**

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
noworodek	gruźlica BCG				
	wzw B – 1. dawka				
2 miesiąc życia	wzw B – 2. dawka				
	DTP – 1. dawka				
	Hib – 1. dawka				
3–4 miesiąc życia	DTP – 2. dawka				
	Hib – 2. dawka				
	polio IPV – 1. dawka				
5–6 miesiąc życia	DTP – 3. dawka				
	Hib – 3. dawka				
	polio IPV – 2. dawka				
7 miesiąc życia	wzw B – 3. dawka				
13–14 miesiąc życia	odra, świnka, różyczka – 1. dawka				
16–18 miesiąc życia	DTP – 4. dawka				
	polio IPV – 3. dawka				
	Hib – 4. dawka				
6 rok życia	DTaP – 1. dawka przypominająca				
	polio OPV				
10 rok życia	odra, świnka, różyczka – 2. dawka przypominająca				
14 rok życia	Td – 2. dawka przypominająca				
19 rok życia	Td – 3. dawka przypominająca				



## WZÓR

## Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej	<b>Kwartalne sprawozdanie z obowiązkowych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres</b>  od ..... do ..... r.	Adresat
Numer identyfikacyjny – REGON		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 7 dni po okresie sprawozdawczym

## Dział 1. Karty uodpornienia przechowywane przez składającego sprawozdanie

Rok urodzenia pacjenta	Liczba kart uodpornienia w okresie sprawozdawczym					wg stanu w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego	
	wg stanu w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozdawczego	złożonych przez składającego sprawozdanie	otrzymanych od innych podmiotów	usuniętych z kartoteki z powodu zgónów, emigracji	przekazanych innym podmiotom		
		0	1	2	3		4
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22	<b>Razem</b>						

## Dział 2. Osoby uchylające się od obowiązku szczepień

<b>Liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych, których imienny wykaz dołączono do sprawozdania</b>	
--	--

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

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczętka imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

## 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					<b>Sprawozdanie należy przekazać w terminie 15 dni po okresie sprawozdawczym</b>		
Numer identyfikacyjny – REGON							
Lp.	Nazwa szczepionki	Jednostka miary	Zamówienie roczne	Zamówienie kwartalne	Ilość zużytej szczepionki	Liczba podanych dawek	Uwagi/ Komentarze
0	1	2	3	4	5	6	7
1	DTP – szczepionka błonniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml	dawka					
2	DTaP – szczepionka błonniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml	dawka					
3	Td – szczepionka tężcowo-błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml	dawka					
4	T – szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml	dawka					
5	BCG – szczepionka przeciwgruźlicza inj. fiolki/10 dawek	fiolka					
6	szczepionka przeciw wzw B dla dzieci inj. 0,5 ml	dawka					
7	szczepionka przeciw wzw B dla dorosłych inj. 1,0 ml	dawka					
8	szczepionka przeciw wzw B dla dializowanych i z obniżoną odpornością inj. 1,0 ml	dawka					
9	szczepionka przeciw odrze-świnie-różyczce inj. 0,5 ml	dawka					
10	szczepionka przeciw poliomyelitis (żywa) inj. fiolki/10 dawek	fiolka					
11	szczepionka przeciw poliomyelitis (zabita) inj. 1 dawka	dawka					
12	szczepionka przeciw wściekliznie inaktywowana inj. 1 dawka	dawka					
13	szczepionka przeciw <i>Haemophilus influenzae</i> typu b inj. 1 dawka	dawka					
14	szczepionka przeciw <i>Streptococcus pneumoniae</i> inj. 1 dawka	dawka					
15	szczepionka przeciw ospie wietrznej inj. 1 dawka	dawka					
16	DT – szczepionka błonniczo-tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 1 dawka	dawka					
17	Ty – szczepionka durowa inj. 10 ml liof/20 dawek	fiolka					
18	TyT – szczepionka durowo-tężcowa inj. 10 ml liof/20 dawek	fiolka					
19	d – szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 1 amp/1 dawka	dawka					
20	D – szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj. fiolki/20 dawek	fiolka					
21	szczepionka przeciw meningokokom	dawka					
22	inne (wpisać jakie?)						
23	inne (wpisać jakie?)						
24	inne (wpisać jakie?)						

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

(pieczęćka imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

.....  
(miejscowość i data)