

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA
NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU
PO SZCZEPIENIU
INNYM NIŻ BCG**

Adresat:

Powiatowy Inspektor Sanitarny
W

I. IDENTYFIKACJA PLACÓWKI OPIEKI ZDROWOTNEJ

KOD RESORTOWY										
	REGION				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 wzv A wzv 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 Quinckiego 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, bledność 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 przebiegu 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 spłotu barkowego
- Posocznica / Wstrząs septyczny
- Encefalopatia (definiowana jako wystąpienie co najmniej dwu z następujących 3 objawów w przebiegu 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).....Piecątka lekarska:

V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEGNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA

DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

Nazwa szczepionki	Dawka	Seria i data ważności	Producent	Liczba dawek w opakowaniu	Objętość dawki szczepiennej	Miejsce podania szczepionki

Droga podania szczepionki: doustnie śródskórnienie podskórnienie 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

MiastoWojewództwo

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

Wypełnić: 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.