……………………………………………. dn. …………..……………

(miasto)

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

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

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

(adres nadawcy)

…………………………………………………..................

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

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

(imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do szczepień)

(nazwa i adres przychodni)

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU POSZCZEPIENNEGO**

Informuję o wystąpieniu niepożądanego odczynu poszczepiennego u mojego dziecka i wnioskuję o zgłoszenie NOP do powiatowej stacji sanitarno – epidemiologicznej zgodnie z obowiązującym prawem.

Moje dziecko …………………………………………….……………., PESEL ……………………………... otrzymało

następujące szczepionki dnia ………………………..:

…………………………… nr serii……………………………

…………………………… nr serii……………………………

…………………………… nr serii……………………………

Szczepienie zostało wykonane przez pielęgniarkę ……………………………………………………………….

Informuję o pogorszeniu stanu zdrowia u mojego dziecka polegającym na............................................................................................................................................................................................................………......................................................................……….…………………………………………............................................................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………… . Objawy wystąpiły się w ciągu ………… godzin/dni od szczepienia.

Oczekuję odnotowania wyżej wymienionych objawów w książeczce zdrowia dziecka, dokumentacji medycznej przechowywanej w przychodni oraz zgłoszenia ich do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej zgodnie z ustawowym obowiązkiem i potwierdzeniem tego faktu wpisem w wymienionych dokumentach.

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z Art. 21. pkt 1. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi „*Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego, ma obowiązek, w ciągu 24 godzin od powzięcia podejrzenia jego wystąpienia, zgłoszenia takiego przypadku do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca powzięcia podejrzenia jego wystąpienia*.”

*Art. 52. Kto: wbrew obowiązkowi, o którym mowa w art. 21 ust. 1, art. 27 ust. 1-3 i art. 29 ust. 1, nie dokonuje zgłoszenia wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego, (…)****podlega karze grzywny.***

*„Niepożądany odczyn poszczepienny — niepożądanyobjaw chorobowy pozostający w związku* ***czasowym****z wykonanym szczepieniem ochronnym.”*USTAWA z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Art. 2. ust.16

Również zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA  z dnia 21 grudnia 2010 r.  wsprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ichrozpoznawania:

„*§ 5. 1. Lekarz lub felczer, który* ***rozpoznaje*** *niepożądany odczyn poszczepienny* ***lub podejrzewa jego wystąpienie,*** *wypełnia części I-IV formularza zgłoszenia i przekazuje zgłoszenie państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca powzięcia podejrzenia wystąpienia odczynu poszczepiennego*.”

A zgodnie z załącznikiem nr 1 dow/w rozporządzenia:

„*Jeśli nie podano inaczej i z wyjątkiem odczynów po szczepieniu BCG,* ***za związane czasowo ze szczepieniem uznaje się zaburzenia stanu zdrowia, które wystąpiły w okresie 4 tygodni po podaniu szczepionki***.”

Jak wynika z prostej analizy prawnej **Lekarz lub felczer jest zobowiązany zgłosić KAŻDY przypadek zaburzenia stanu zdrowia, który wystąpił w ciągu 4 tygodni po szczepieniu**(z wyjątkiem szczepień BCG, dla których okres zgłaszania NOP jest dłuższy - 1 rok).

**Według informacji od Ministerstwa Zdrowia: „*Procedura zgłaszania przez lekarza niepożądanego odczynu poszczepiennego jest standardowym działaniem w kraju i realizowanym w celu zapewnienia właściwego monitoringu wystąpienia ewentualnych niepożądanych działań podawanych szczepionek, a także stanowi element ZAPEWNIENIA PACJENTOWI WŁAŚCIWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ.*” i ma to wpływ na bezpieczeństwo wszystkich szczepionych w Polsce dzieci.**

…………………………………………………..

…………………………………………………..

(podpisy rodziców)

Załączniki:

1. [Formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu poszczepiennego](http://stopnop.com.pl/wp-content/uploads/2017/03/Formularz-zgloszenia-niepozadanego-odczynu-po-innym-szczepieniu-niz-BCG.pdf) dla lekarza
2. Dowody potwierdzające wystąpienie NOP.