Pieczątka placówki opieki zdrowotnej

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU POSZCZEPIENNEGO

Adresat:
Powiatowy Inspektor Sanitarny
w .....

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: ❑BCG ❑Błonica ❑Tężec ❑Krztusiec ❑Grypa
❑Odra ❑Świnka ❑Różyczka ❑ wzw A ❑wzw B ❑Polio ❑Inna.(jaka?).....
Kolejna dawka tej szczepionki w życiu: ❑1 ❑2 ❑3 ❑4 ❑5 ❑6
Data i godzina szczepienia ..... **Data i godzina wystąpienia odczynu**.....

IV A. NIEPOŻĄDANY ODCZYN PO SZCZEPIENIU BCG

- ❑ Krosta ropna (o średnicy większej niż 10mm nowe dka lub w kszej niż 20 mm u dzie starszych)
- ❑ Owrzodzenie (o średnicy większej niż 10mm nowo dka lub wię ej niż 20 mm u dz ci starszych)
- ❑ Powiększenie regionalnych węzłów chł n. Wielkość w cm).....
  węzły: ❑ pachowe ❑ nadobojczykowe ❑ szyjne ❑ inne (jakie?).....
  Ilość: ❑ pojedyncze węzeł ❑ kilka węzłów ❑ pakiet
- ❑ Zropienie okolicznych węzłów chłonnych
- ❑ Poronny fenomen Kocha ([3])
- ❑ Ropień podskórny Z przetoką? ❑Tak ❑Nie
- ❑ Uogólnione zakażenie prątkiem BCG (m.in. zmiany w węzłach chłonnych innych regionów, zmiany kostne, osteitis BCG, meningitis BCG, zmiany w innych narządach i tkankach) ([4])
- ❑ Keloid
- ❑ Erythema nodosum

IV B. NIEPOŻĄDANY ODCZYN PO SZCZEPIENIACH INNYCH NIŻ BCG

Reakcja miejscowa

❑Bardzo nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia ➔ ❑ O średnicy większej niż 10 cm
(obrzęk, zaczerwienienie i bolesność) ❑ Wykraczający poza najbliższy staw
❑ Utrzymujący się ponad 3 dni

❑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 ❑ wystąpienie / szczepieniem kolejny epizod drgawek
❑Reakcja alergiczna ❑ pokrzywka ❑ obrzęk Quinckego ❑ inny gospazm ❑ reakcja astmatyczna ❑ łzawienie, katar
❑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 (hipotonia, obniżone napięcie mięśniowe, bladość powłok, senność, zaburzenia świadomości)

Powikłanie

❑Poliomyelitis poszczepienne (nieprawidłowa reakcja motoryczna 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
❑Posocznica / Wstrząs septyczny
❑Encefalopatia zdefiniowana 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)

Jaws PDF Creator
EVALUATION
VALUTAZIONE
EVALUACIÓN
EVALUATION

Opis odczynu, dodatkowe dane:

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

Osoba zgłaszająca: (adres i tel. miejsca pracy).....Pieczątka lekarska:
.....

V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELĘGNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA

DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

Nazwa szczepionki .....
Producent .....
Nr serii..... Data ważności .....
Liczba dawek w opakowaniu ..... Objętość dawki szczepiennej.....
Droga podania szczepionki: ❑doustnie ❑śródskórnie ❑podskórnie ❑domięśniowo ❑inna
Sprzęt użyty do szczepienia ❑jednorazowy ❑wydzielony zestaw ❑inny
Warunki przechowywania szczepionki przed szczepieniem: ➔ ❑lodówka ❑zamrażalnik lodówki
❑zamrażarka ❑inne .....
Temperatura w miejscu przechowywania (zmierzyć i podać).....
Stanowisko imię i nazwisko osoby szczepiącej .....
.....
Adres i telefon punktu szczepień.....
.....

Jaws PDF Creator

VI - WYPEŁNIA PRACOWNIK PSSE (W przypadku nie wypełnienia punktu B należy wypełnić ten punkt kontaktując się osobiście lub telefonicznie z pielęgniarką w punkcie szczepień).

EVALUATION

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
Stan zdrowia dziecka w tydzień od rozpoznania odczynu poszczepiennego:

VALUTAZIONE

❑Dziecko jest nadal leczone ❑w domu ❑w szpitalu
❑Pełny powrót do zdrowia
❑Trwałe zmiany. Jakie ?.....
❑Inne. Jakie ? .....

EVALUATION

Czy wg opinii pracownika Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej niepożądany odczyn poszczepienny wystąpił w wyniku:

Nieprawidłowości w przechowywaniu szczepionki?	❑Tak	❑Nie
Niezachowania zasad aseptyki podczas szczepienia?	❑Tak	❑Nie
Błędnej techniki szczepienia? (np. podania szczepionki BCG podskórnie)	❑Tak	❑Nie
Omyłkowego podania błędnej dawki szczepionki?	❑Tak	❑Nie
Nieuwzględnienia przeciwwskazań do szczepienia? (proszę opisać poniżej)	❑Tak	❑Nie
Nie wiadomo (brak danych).....	❑	

Inne - proszę opisać.....

EVALUACIÓN

EVALUATION

---

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.

3) Nacieczenie pojawiające się już pomiędzy 2 a 7 dniem po szczepieniu, a następnie owrzodzenie gojące się w ciągu 2-4 miesięcy.

4) Należy dołączyć odpis historii choroby (wraz z badaniami immunologicznymi dziecka).