

2018

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

z dnia 19 grudnia 2002 r.

**w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień.**

Na podstawie art. 14 ust. 8 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się następujące obowiązkowe szczepienia ochronne:

1) przeciw błonicy:

- a) dzieci i młodzieży od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia,
- b) osób ze stycznością z chorymi na błonicę;

2) przeciw krztuścowi dzieci od 7 tygodnia życia do ukończenia 7 roku życia;

3) przeciw tężcowi:

- a) dzieci i młodzieży od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia,
- b) osób zranionych, narażonych na zakażenie;

4) przeciw nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis) dzieci i młodzieży od tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;

5) przeciw odrze dzieci i młodzieży od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;

6) przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B:

- a) dzieci i młodzieży od dnia urodzenia do ukończenia 15 roku życia,
- b) uczniów szkół medycznych,
- c) studentów wyższych szkół medycznych,
- d) osób wykonujących zawód medyczny narażonych na zakażenie HBV,
- e) osób z otoczenia chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu B i nosicieli HBV,
- f) innych osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie;

7) przeciw gruźlicy dzieci i młodzieży od dnia urodzenia do ukończenia 19 roku życia;

8) przeciw wściekliznie osób pokąsanych lub oślinionych przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę;

9) przeciw różyczce dziewcząt od 13 roku życia do ukończenia 19 roku życia;

10) przeciw śwince dzieci i młodzieży od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia.

§ 2. Szczepienia ochronne przeciw gruźlicy poprzedza się wykonaniem badania tuberkulinowego u następujących osób:

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833).

- 1) niemowląt bez blizny poszczepiennej mających kontakt z osobami chorymi na gruźlicę;
- 2) dzieci poniżej 12 roku życia mających kontakt z osobami chorymi na gruźlicę;
- 3) osób od 12 roku życia, ze wskazań lekarskich.

§ 3. Od poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym zwolnione są osoby, które wcześniej podały się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w zakresie wymaganym w rozporządzeniu i posiadają dokumentację stwierdzającą ten fakt, a od wykonania szczepienia minął okres nie dłuższy od okresu utrzymywania się odporności.

§ 4. Szczepienia ochronne prowadzone są indywidualnie lub grupowo, zgodnie z programem szczepień ochronnych na dany rok, publikowanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu, o którym mowa w art. 14 ust. 9 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach.

§ 5. Szczepienia ochronne prowadzone są z użyciem:

- 1) szczepionek pojedynczych przeciw poszczególnym chorobom zakaźnym;
- 2) szczepionek skojarzonych, służących do równoczesnego uodpornienia przeciw dwu lub więcej chorobom zakaźnym.

§ 6. Szczepienia ochronne prowadzone są w zakładach opieki zdrowotnej, przez lekarzy wykonujących indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo grupową praktykę lekarską lub przez pielęgniarki i położne wykonujące indywidualną praktykę, indywidualną specjalistyczną praktykę lub grupową praktykę pielęgniarek, położnych.

§ 7. Szczepienia ochronne oraz badania tuberkulinowe przeprowadzają lekarze, felczerzy, pielęgniarki i położne, którzy odbyli w ramach doskonalenia zawodowego specjalistyczny kurs w tym zakresie.

§ 8. Kwalifikacyjne badanie lekarskie do szczepień ochronnych przeprowadza wyłącznie lekarz posiadający niezbędną wiedzę z zakresu szczepień ochronnych, znajomości wskazań oraz przeciwwskazań do szczepień, a także niepożądanych odczynów poszczepiennych.

§ 9. 1. Kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz wykonanie szczepienia u osoby, która nie ukończyła 6 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej, można przeprowadzić tylko w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby.

2. Kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz wykonanie szczepienia u osoby, która ukończyła 6 rok życia, a nie osiągnęła pełnoletności, można przeprowadzić po powiadomieniu przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby oraz uzyskaniu jego pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

3. Na żądanie przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego osoby, o której mowa w ust. 2,

kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz wykonanie szczepienia przeprowadza się w jego obecności.

§ 10. 1. Informacje na temat wszystkich szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia do ostatniego szczepienia u osób dorosłych są dokumentowane:

- 1) w karcie uodpornienia, której wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) w książeczce szczepień, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Informacje na temat daty wezwania do stawienia się na obowiązkowe szczepienie ochronne zawiera karta uodpornienia, o której mowa w ust. 1 pkt 1.

§ 11. 1. Karta uodpornienia, o której mowa w § 10 ust. 1 pkt 1, wystawiana jest:

- 1) dla dziecka bezpośrednio po jego narodzinach — przez osobę wystawiającą zaświadczenie o urodzeniu żywym i przekazywana za pokwitowaniem lub potwierdzeniem odbioru wskazanemu przez rodziców bądź opiekunów dziecka świadczeniodawcy sprawującemu opiekę profilaktyczną nad tym dzieckiem;
- 2) dla osoby dorosłej — przez świadczeniodawcę sprawującego opiekę profilaktyczną nad tą osobą.

2. Kartę uodpornienia przechowuje świadczeniodawca sprawujący opiekę profilaktyczną zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a w przypadku osoby nieubezpieczonej — państwowy powiatowy inspektor sanitarny właściwy dla miejsca zamieszkania tej osoby.

3. Karty uodpornienia przechowywane są w kartotece, w sposób umożliwiający wyszukiwanie osób podlegających szczepieniom.

4. W przypadku zmiany świadczeniodawcy kartę uodpornienia przekazuje się do nowego świadczeniodawcy za pokwitowaniem lub potwierdzeniem odbioru.

5. W przypadku wykonywania szczepień ochronnych przez innego świadczeniodawcę niż sprawujący opiekę profilaktyczną, karta uodpornienia jest przekazywana świadczeniodawcy wykonującemu szczepienie za pokwitowaniem lub potwierdzeniem odbioru.

6. Jeżeli szczepienie ochronne zostanie wykonane przez świadczeniodawcę niedysponującego kartą uodpornienia, jest on zobowiązany do:

- 1) dokonania odpowiedniego wpisu w książeczce szczepień pacjenta;
- 2) wydania osobie szczepionej zaświadczenia o wykonaniu szczepienia zawierającego następujące dane:
  - a) imię i nazwisko osoby szczepionej,
  - b) datę urodzenia,

- c) nazwę choroby, przeciw której wykonywane jest szczepienie,
  - d) nazwę szczepionki,
  - e) nr serii szczepionki,
  - f) informację o rozpoczętym cyklu szczepienia ochronnego z podaniem terminów podania kolejnych dawek szczepionki;
- 3) poinformowania osoby szczepionej, jej przedstawiciela ustawowego lub jej opiekuna faktycznego o ciąży na nich obowiązku przekazania zaświadczenia o wykonaniu szczepienia świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 2.

§ 12. 1. Książeczkę szczepień, o której mowa w § 10 ust. 1 pkt 2, stanowiącą dokument osoby szczepionej, zakłada:

- 1) dla dzieci — świadczeniodawca wystawiający kartę uodpornienia;
- 2) dla osób dorosłych — świadczeniodawca sprawujący opiekę profilaktyczną nad tą osobą.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, świadczeniodawca przekazuje książeczkę szczepień przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu dziecka.

3. Lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną informuje przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego dziecka oraz osoby dorosłe o obowiązku okazywania książeczki szczepień przy każdym szczepieniu.

§ 13. 1. Po przeprowadzeniu kwalifikacyjnego badania lekarskiego lekarz potwierdza zakwalifikowanie osoby badanej do szczepienia ochronnego podpisem w karcie uodpornienia i książeczce szczepień oraz wynik tego badania wpisuje w dokumentacji medycznej tej osoby.

2. W przypadku stwierdzenia przez lekarza okresowych przeciwwskazań do szczepienia ochronnego przesuwa się termin szczepienia do chwili ich ustąpienia, co lekarz odnotowuje w karcie uodpornienia i w książeczce szczepień.

3. Stwierdzenie przez lekarza stałych przeciwwskazań do szczepienia ochronnego wymaga potwierdzenia przez lekarza specjalistę i odnotowania w karcie uodpornienia oraz w książeczce szczepień.

§ 14. Informację o wystąpieniu niepożądanych odczynów poszczepiennych odnotowuje się w książeczce szczepień, karcie uodpornienia oraz dokumentacji medycznej osoby szczepionej.

§ 15. O fakcie uchylania się od poddania obowiązkowym szczepieniom ochronnym, o których mowa w § 1, świadczeniodawca przechowujący karty uodpornienia zawiadamia pisemnie właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

§ 16. 1. Świadczeniodawcy przechowujący karty uodpornienia i prowadzący szczepienia ochronne sporządzają i przesyłają państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu:

- 1) kwartalne sprawozdania z realizacji szczepień ochronnych, których wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia — w terminie 7 dni po zakończeniu kwartału;
- 2) roczne sprawozdania z realizacji szczepień ochronnych, których wzór wraz z terminami ich przesyłania określają przepisy o statystyce publicznej.

2. Ze sprawozdaniem kwartalnym należy przekazać listę osób, które pomimo ciąży na nich obowiązku nie poddały się szczepieniom ochronnym oraz przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych osób, o których mowa w § 9 ust. 1 i 2.

3. Państwowy powiatowy inspektor sanitarny opracowuje i przekazuje państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu sprawozdania:

- 1) kwartalne — w terminie 21 dni po zakończeniu kwartału;
- 2) roczne — w terminie określonym w przepisach o statystyce publicznej.

4. Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny opracowuje i przekazuje Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce sprawozdania:

- 1) kwartalne — w terminie 30 dni po zakończeniu kwartału;
- 2) roczne — w terminie określonym w przepisach o statystyce publicznej.

5. Główny Inspektor Sanitarny lub wskazana przez niego specjalistyczna jednostka opracowuje sprawozdania krajowe:

- 1) kwartalne — w terminie 45 dni po zakończeniu kwartału;
- 2) roczne — w terminie określonym w przepisach o statystyce publicznej.

6. Sprawozdania kwartalne, o których mowa w ust. 5 pkt. 1, sporządzane są w formie elektronicznej.

7. Informacje ze sprawozdań rocznych, o których mowa w ust. 5 pkt 2, zamieszczane są w rocznych biuletynach publikowanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego lub wskazaną przez niego specjalistyczną jednostkę.

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2003 r.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: *M. Łapiński*

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie poprzedzone było rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 lipca 1998 r. w sprawie zasad przeprowadzania szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym (Dz. U. Nr 94, poz. 600, z 2000 r. Nr 55, poz. 664 oraz z 2001 r. Nr 148, poz. 1662), które na podstawie art. 38 ustawy z dnia 6 września 2001r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384) traci moc z dniem 1 stycznia 2003 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra  
Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. (poz. 2018)

## WZÓR

Załącznik nr 1

## Wezwania do szczepień

|               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| data wezwania | data wezwania | data wezwania | data wezwania | data wezwania | data wezwania | data wezwania | data wezwania | data wezwania | data wezwania | data wezwania |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|

## KARTA UODPORNZENIA

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| pieczęć świadczeniodawcy<br>nr kontraktu | pieczęć świadczeniodawcy<br>nr kontraktu | pieczęć świadczeniodawcy<br>nr kontraktu | pieczęć świadczeniodawcy<br>nr kontraktu |
| od ..... do .....                        | od ..... do .....                        | od ..... do .....                        | od ..... do .....                        |

## Dane personalne

|   |              |            |                |           |
|---|--------------|------------|----------------|-----------|
| nazwisko i imię<br>PESEL<br>lub odpowiedni nr<br>dokumentu tożsamości<br>u osób nie-<br>posiadających nr<br>PESEL | nazwisko     | imię       | data urodzenia |           |
|   | PESEL        |            | dzień          | rok       |
| nazwisko i imię<br>przedstawiciela<br>ustawowego lub<br>opiekuna faktycznego                                      | nazwisko     | imię       |                |           |
| adres zamieszkania  | kod pocztowy | mięscowość | ulica          | nr domu   |
|   | 1. ....      | nr lokalu  |                |           |
|   | 2. ....      | nr domu    | ulica          | nr lokalu |
|   | 3. ....      | nr domu    | ulica          | nr lokalu |
| 4. ....   | nr domu      | ulica      | nr lokalu      |           |
| tel. kontaktowy   |              |            |                |           |

## Szczepienia przeciwko gruźlicy

| dawka szczepienia                 | O | O1                    | O2 | z innych wskazań<br>określić wskazania ..... |
|-----------------------------------|---|-----------------------|----|--|
| badania<br>tuberkulinowe          |   | blizna<br>[tak] [nie] |    |  |
| data badania                      |   |                       |    |  |
| podpis wykonującego               |   |                       |    |  |
| wynik                             |   |                       |    |  |
| podpis odczytującego              |   |                       |    |  |
| data szczepienia                  |   |                       |    |  |
| nazwa szczepionki,<br>nr serii    |   |                       |    |  |
| podpis lekarza<br>kwalifikującego |   |                       |    |  |
| podpis wykonującego               |   |                       |    |  |

## Szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

| dawka szczepienia                 | szczepienie podstawowe – zakreślić wskazania |                 |                         | przypominające<br>określić wskazania ..... |
|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------------|--|
|                                   | [niemowlę]                                   | [gimnazjalista] | [inne .....] [zalecane] |  |
|                                   | 1  | 2               | 3                       |  |
| data szczepienia                  |  |                 |                         |  |
| nazwa szczepionki,<br>nr serii    |  |                 |                         |  |
| dawka – wielkość                  |  |                 |                         |  |
| podpis lekarza<br>kwalifikującego |  |                 |                         |  |
| podpis wykonującego               |  |                 |                         |  |

## Szczepienie przeciwko odrze, śwince i różyczce

| dawka szczepienia<br>zakreślić rodzaj szczepionki | podstawowe                       | przypominające                   | dziewczęta 13 r.ż.                   | zalecane   |
|---|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|
|   | [odra świnka różyczka]<br>[odra] | [odra]<br>[odra świnka różyczka] | {różyczka}<br>[odra świnka różyczka] | [odra] [świnka] [różyczka]<br>[odra świnka różyczka] |
| data szczepienia                                  |                                  |                                  |                                      |  |
| nazwa szczepionki,<br>nr serii                    |                                  |                                  |                                      |  |
| podpis lekarza<br>kwalifikującego                 |                                  |                                  |                                      |  |

|                     |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|
| podpis wykonującego |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|

**Szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi**

| dawka szczepienia   | szczepienie podstawowe |   |   |   | przypominające |    |     | ze wskazań indywidualnych |  |
|---|------------------------|---|---|---|----------------|----|-----|---------------------------|--|
|   | 1                      | 2 | 3 | 4 | I              | II | III |                           |  |
| rodzaj szczepionki<br><i>(DTP, DTaP, DT, Td, D, d, T, inne – jakie)</i> |                        |   |   |   |                |    |     |                           |  |
| data szczepienia  |                        |   |   |   |                |    |     |                           |  |
| nazwa szczepionki,<br>nr serii  |                        |   |   |   |                |    |     |                           |  |
| podpis lekarza kwalifikującego  |                        |   |   |   |                |    |     |                           |  |
| podpis wykonującego   |                        |   |   |   |                |    |     |                           |  |

**Szczepienie przeciwko poliomyelitis**

| dawka szczepienia                                      | szczepienie podstawowe |   |   |   | przypominające |    | inne wskazania <i>(podać jakie)</i> |
|--|------------------------|---|---|---|----------------|----|-------------------------------------|
|  | 1                      | 2 | 3 | 4 | I              | II |                                     |
| rodzaj szczepionki:<br><i>(IPV, OPV, inne – jakie)</i> |                        |   |   |   |                |    | .....                               |
| data szczepienia                                       |                        |   |   |   |                |    |                                     |
| nazwa szczepionki,<br>nr serii                         |                        |   |   |   |                |    |                                     |
| podpis lekarza kwalifikującego                         |                        |   |   |   |                |    |                                     |
| podpis wykonującego                                    |                        |   |   |   |                |    |                                     |

**Inne szczepienia zalecane**

| typ szczepienia, nazwa szczepionki, nr serii | data szczepienia <i>(podać daty kolejnych dawek)</i> | wskazania do szczepienia | podpis lekarza kwalifikującego | podpis wykonującego |
|--|--|--------------------------|--------------------------------|---------------------|
|  |  |                          |                                |                     |
|  |  |                          |                                |                     |
|  |  |                          |                                |                     |
|  |  |                          |                                |                     |
|  |  |                          |                                |                     |
|  |  |                          |                                |                     |
|  |  |                          |                                |                     |
|  |  |                          |                                |                     |
|  |  |                          |                                |                     |

**Przeciwwskazania do szczepień**

| przeciwko | 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 szczep. |                |                  | nazwa                 | data szczep. |
|                |                  |                       |              |                |                  |                       |              |
|                |                  |                       |              |                |                  |                       |              |
|                |                  |                       |              |                |                  |                       |              |

WZÓR

# KSIĄŻECZKA SZCZEPIEŃ

Nazwisko  Imię

PESEL   
Rok      miesiąc      dzień                      płćć

W przypadku braku nr PESEL w polach wyróżnionych wpisać datę urodzenia, podając kolejno rok (2 ostatnie cyfry), miesiąc, dzień, a w ostatnim polu określić płćć, wpisując: 1-męczyzna, 2-kobieta

Adres zamieszkania:  
 miejscowość   
 ulica  nr domu  nr m.

Adres zamieszkania:  
 miejscowość   
 ulica  nr domu  nr m.

Adres zamieszkania:  
 miejscowość   
 ulica  nr domu  nr m.



| ODRA                |            | RÓŻYCZKA       |    |            |                | ŚWINKA     |  |  |  |
|---------------------|------------|----------------|----|------------|----------------|------------|--|--|--|
| Kolejna dawka       | Podstawowe | Przypominające |    | Podstawowe | Przypominające | Dziewczęta |  |  |  |
|                     |            | I              | II |            |                |            |  |  |  |
| Data szczepienia    |            |                |    |            |                |            |  |  |  |
| Rodzaj szczepionki  |            |                |    |            |                |            |  |  |  |
| Dawka w ml          |            |                |    |            |                |            |  |  |  |
| Nr serii            |            |                |    |            |                |            |  |  |  |
| Wytwórnia           |            |                |    |            |                |            |  |  |  |
| Podpis szczepiącego |            |                |    |            |                |            |  |  |  |

**INNE SZCZEPHENIA ZALECANE**

| Typ szczepienia, nazwa szczepionki, nr serii | Data szczepienia (podać daty kolejnych dawek) | Wskazania do szczepienia | Podpis lekarza kwalifikującego | Podpis wykonującego |
|--|---|--------------------------|--------------------------------|---------------------|
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |
|  |   |                          |                                |                     |

**PRZECIWSKAZANIA DO SZCZEPIEŃ**

| Przeciwno | Data stwierdzenia | Data ustania | Rodzaj przeciwwskazania | Podpis lekarza kwalifikującego |
|-----------|-------------------|--------------|-------------------------|--------------------------------|
|           |                   |              |                         |                                |
|           |                   |              |                         |                                |
|           |                   |              |                         |                                |
|           |                   |              |                         |                                |
|           |                   |              |                         |                                |
|           |                   |              |                         |                                |
|           |                   |              |                         |                                |
|           |                   |              |                         |                                |
|           |                   |              |                         |                                |
|           |                   |              |                         |                                |

Objaśnienie - format książeczki A5.



## WZÓR

|  |   |  |
|--|---|--|
| Pieczętka składającego sprawozdanie (przechowującego karty uodpornienia):  | <b>Kwartalne sprawozdanie<br/>z realizacji szczepień ochronnych<br/>(jednostkowe, zbiorcze) <sup>1</sup></b><br><b>za okres</b><br><b>od ..... do ..... 2003 roku</b><br><br><b>Nadzór nad kartami uodpornienia</b> | Adresat <sup>2</sup>   |
| Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie <sup>3</sup><br>A. REGON _____<br>B. TERYT _____<br>C. Cz. III. resortowego kodu identyfikacyjnego _____<br>D. Część VIII. resortowego kodu ident. _____ |   | Sprawozdanie należy przekazać w terminie<br><b>7 - 21 - 30 dni <sup>1</sup></b><br>po okresie sprawozdawczym |

## Dział 1. Karty uodpornienia przechowywane przez składającego sprawozdanie

| Rok urodzenia pacjenta | Liczba kart uodpornienia  |   |                                 |                              |  |
|------------------------|---|---|---------------------------------|------------------------------|--|
|                        | wg stanu w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozd. <sup>4</sup> | w okresie sprawozdawczym                  |                                 |                              | wg stanu w ostatnim dniu okresu sprawozd. <sup>5</sup> |
|                        |   | złożonych przez składającego sprawozdanie | otrzymanych od innych podmiotów | przekazanych innym podmiotom |  |
| 0                      | 1   | 2   | 3                               | 4                            | 5  |
| 2003                   |   |   |                                 |                              |  |
| 2002                   |   |   |                                 |                              |  |
| 2001                   |   |   |                                 |                              |  |
| 2000                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1999                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1998                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1997                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1996                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1995                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1994                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1993                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1992                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1991                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1990                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1989                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1988                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1987                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1986                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1985                   |   |   |                                 |                              |  |
| 1984 i starsi          |   |   |                                 |                              |  |
| Razem                  |   |   |                                 |                              |  |

## Dział 2. Osoby uchylające się od obowiązku szczepień

|   |  |
|---|--|
| Liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych, których imienny wykaz dołączono do sprawozdania |  |
|---|--|

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu:

Pieczętka imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy.

(miejscowość i data)

Objaśnienia: 1. Niepotrzebne skreślić. 2. Zakłady opieki zdrowotnej, osoby wykonujące praktyki lekarskie, pielęgniarek i położnych oraz inne podmioty przechowujące karty uodpornienia przekazują sprawozdanie jednostkowe państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu w terminie 7 dni po okresie sprawozdawczym. Państwowy powiatowy inspektor sanitarny przekazuje sprawozdanie zbiorcze państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu w terminie 21 dni po okresie sprawozdawczym. Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny przekazuje sprawozdanie zbiorcze Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce w terminie 30 dni po okresie sprawozdawczym. 3. Zakłady opieki zdrowotnej wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 379). Osoby wykonujące praktyki lekarskie, pielęgniarek i położnych oraz inne podmioty przechowujące karty uodpornienia wypełniają tylko część A i B kodu. 4. W sprawozdaniu za I kwartał 2003 r. wg stanu w dniu 31.12.2002 r. 5. Obowiązuje zgodność danych: rubryka 1 + rubryka 2 + rubryka 3 - rubryka 4 = rubryka 5.