

Obowiązkowe szczepienia ochronne.

Dz.U.2018.753 t.j. z dnia 2018.04.20

Status: Akt obowiązujący

Wersja od: 20 kwietnia 2018 r.

tekst jednolity

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

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.

§ 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) 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 (świniec) 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,
 - 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.

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIK Nr 1

WZÓR

ZAŚWIADCZENIE

O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

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.

ZAŁĄCZNIK Nr 2
WZÓR
KARTA UODPORNINIENIA

KARTA UODPORNINIENIA		
Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <i>nazwisko</i> <i>imię</i> </div>	Data urodzenia

nr PESEL

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

dzień miesiąc rok

.....-.....-.....

nr PESEL

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

Obowiązkowe szczepienia ochronne

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania a 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	DTP – 4. dawka					
	polio IPV – 3.					

Nr telefonu

	Adre s zami eszk ania

<i>kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu</i>	1.
<i>kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu</i>	2.
<i>kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu</i>	3.

Inne szczepienia ochronne

Typ szczepienia/s zczepienie przeciw	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia oraz miejsce podania szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

Szczepienie przeciw	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 szczepienia	nazwa	data szczepienia				

Powiadomienie o szczepieniu

ZAŁĄCZNIK Nr 3

WZÓR

Książeczka szczepień

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	DTP – 3. dawka				
	Hib – 3. dawka				

Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczę nad osobą objętą obowiązkowym
szczepieniem ochronnym, 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)

N
az
wi
sk
o..

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

im
ię.

<p>Nr telefonu</p>

	A dr es za m ie sz ka ni a

<p><i>kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu</i></p>	<p>1.</p>
<p><i>kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu</i></p>	<p>2.</p>
<p><i>kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu</i></p>	<p>3.</p>

Inne szczepienia ochronne			
Typ szczepienia/szczepien	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis wykonującego

pieni a	pieni a		pieni a	pieni a		pieni a	pieni a	nia	nia	lej ne go sz cz ep ie ni a
------------	------------	--	------------	------------	--	------------	------------	-----	-----	--

ZAŁĄCZNIK Nr 4
WZÓR

Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych

Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej		Kwartalne sprawozdanie z obowiązkowych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres 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					
wg stanu w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozdawczego	w okresie sprawozdawczym			wg stanu w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego	założonych przez składającego sprawozdanie	otrzymanych od innych podmiotów

usuniętych z kartoteki z powodu zgonów, emigracji	przekazanych innym podmiotom	0		1	2	3	4
		5	6	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	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

.....

.....
.....
(miejsowość i data)

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

ZAŁĄCZNIK Nr 5

WZÓR

Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych

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		Numer identyfikacyjny – REGON		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 15 dni po okresie sprawozdawczym			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 błoniczo-tężcowa - krztuśkowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml	
dawka						2	DTaP – szczepionka błoniczo-tężcowa -	

							krztuśco wa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml
dawka						3	Td – szczepion ka tężcowo- błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml
dawka						4	T – szczepion ka tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml
dawka						5	BCG – szczepion ka przeciwg rużlicza inj. fiolki/10 dawek
fiolka						6	szczepion ka przeciw wzw B dla dzieci inj. 0,5 ml
dawka						7	szczepion

							ka przeciw wzw B dla doroslyc h inj. 1,0 ml
dawka						8	szczepion ka przeciw wzw B dla dializowa nych i z obniżoną odpornoś cią inj. 1,0 ml
dawka						9	szczepion ka przeciw odrze- śwince- różycze inj. 0,5 ml
dawka						10	szczepion ka przeciw poliomye litis (żywa) inj. fiolki/10 dawek
fiolka						11	szczepion ka przeciw poliomye litis

							(zabita) inj. 1 dawka
dawka						12	szczepionka przeciw wściekliczynie inaktywowana inj. 1 dawka
dawka						13	szczepionka przeciw <i>Haemophilus</i> <i>influenzae</i> typu b inj. 1 dawka
dawka						14	szczepionka przeciw <i>Streptococcus</i> pneumoniae inj. 1 dawka
dawka						15	szczepionka przeciw ospiewietrznej inj. 1 dawka
dawka						16	DT – szczepionka błoniczo-tężcowa adsorb.

							na wod. glinu inj. 1 dawka
dawka						17	Ty – szczepion ka durowa inj. 10 ml liof/20 dawek
fiolka						18	TyT – szczepion ka durowo- tężcowa inj. 10 ml liof/20 dawek
fiolka						19	d – szczepion ka błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 1 amp./1 dawka
dawka						20	D – szczepion ka błonicza adsorb. na wod. glinu inj. fiolki/ 20 dawek
fiolka						21	szczepion ka przeciw meningo

							kokom
dawka						22	inne (wpisać jakie?)
						23	inne (wpisać jakie?)
						24	inne (wpisać jakie?)
							Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu

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