

## 1086

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

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. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723) 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 zapalenie rogów przednich rdzenia kręgowego (choroba Heinego-Medina);
  - 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:
    - a) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia:
      - po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego,
      - zakażone HIV,
      - po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych lub przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego,
    - b) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia chorujące na:
      - przewlekłe choroby serca,
      - schorzenia immunologiczno-hematologiczne, w tym małopłytkowość idiopatyczną, ostrą białaczkę, chłoniaki, sferocytozę wrodzoną,
      - asplenię wrodzoną, dysfunkcję śledziony, po splenektomii lub po leczeniu immunosupresyjnym,

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

- przewlekłą niewydolność nerek i nawracający zespół nerczycowy,
  - pierwotne zaburzenia odporności,
  - choroby metaboliczne, w tym cukrzycę,
  - przewlekłe choroby płuc, w tym astmę,
- c) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia urodzone przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzone z masą urodzeniową poniżej 2500 g;
- 5) krztuścowi obejmuje dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;
- 6) nagminnemu zakażeniu przyusznic (śwince) 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, narażone na zakażenie ze względów środowiskowych, w szczególności narażone na zakażenie ze względu na czasowe lub stałe przebywanie we wspólnych pomieszczeniach, co umożliwia przeniesienie wirusa i wybuch ogniska epidemicznego, w tym zwłaszcza w domach opieki długoterminowej, domach dziecka, żłobkach i innych instytucjach opiekuńczych;
- 9) ostremu zapaleniu rogów przednich rdzenia kręgowego (chorobie Heinego-Medina) 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 uczelni medycznych lub innych uczelni, 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;
- 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 szczepienia ochronne, jeżeli 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 dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.
- § 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 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.<sup>2)</sup>), zwanego dalej „opiekunem faktycznym”.
- <sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 96, poz. 620 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 i 660.

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, stanowiącej odrębną część włączoną do książeczki zdrowia;
- 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 odrębnym 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.<sup>3)</sup>

Minister Zdrowia: *E. Kopacz*

<sup>3)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237, poz. 2018, z 2004 r. Nr 51, poz. 513, z 2005 r. Nr 69, poz. 624, z 2006 r. Nr 36, poz. 254, z 2007 r. Nr 95, poz. 633 oraz z 2008 r. Nr 122, poz. 795), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 68 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 18 sierpnia 2011 r. (poz. 1086)

Załącznik nr 1

WZÓR

**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 UODPORNIEŃ**

|  |                 |             |                |         |     |
|--|-----------------|-------------|----------------|---------|-----|
| Nazwisko i imię,<br>nr PESEL<br>lub nr dokumentu<br>tożsamości – w<br>przypadku osób<br>nieposiadających<br>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 | 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 życia | DTP – 4. dawka                                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | polio IPV – 3. dawka                             |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | Hib – 4. dawka                                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     |  |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     |  |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 6 rok życia         | DTaP – 1. dawka przypominająca                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | polio OPV  |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 10 rok życia        | odra, świnka, różyczka – 2. dawka przypominająca |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 14 rok życia        | Td – 2. dawka przypominająca                     |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 19 rok życia        | Td – 3. dawka przypominająca                     |                                      |                             |                   |                      |                                      |



[illegible]

## Załącznik nr 3

## WZÓR

Objaśnienie: Książeczka szczepień ma format A5 i stanowi odrębną część włączoną do książeczki zdrowia.

## Książeczka szczepień

|   |                 |             |                   |         |     |
|---|-----------------|-------------|-------------------|---------|-----|
| Nazwisko i imię,<br>nr PESEL<br>lub nr<br>dokumentu<br>tożsamości – w<br>przypadku osób<br>nieposiadających<br>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 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 życia | DTP – 4. dawka                    |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | polio IPV – 3. dawka              |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | Hib – 4. dawka                    |                                      |                   |                      |                                      |
|                     |                                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     |                                   |                                      |                   |                      |                                      |
| 6 rok życia         | DTaP – 1. dawka                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | przypominająca                    |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | polio OPV                         |                                      |                   |                      |                                      |
| 10 rok życia        | odra, świnka, różyczka – 2. dawka |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | przypominająca                    |                                      |                   |                      |                                      |
| 14 rok życia        | Td – 2. dawka                     |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | przypominająca                    |                                      |                   |                      |                                      |
| 19 rok życia        | Td – 3. dawka                     |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | przypominająca                    |                                      |                   |                      |                                      |





Załącznik nr 4

## WZÓR

## Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych

|  |   |   |
|--|---|---|
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | <b>Kwartalne sprawozdanie<br/>z obowiązkowych szczepień ochronnych wg informacji<br/>zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych<br/>przez składającego sprawozdanie<br/>za okres</b><br><b>od ..... do ..... r.</b> | Adresat   |
| Numer identyfikacyjny – REGON          |   | <b>Sprawozdanie należy<br/>przekazać w terminie<br/>7 dni po okresie<br/>sprawozdawczym</b> |

## 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                      |       |  |  |                                 |   |                              |   |
| 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 .....

.....  
(miejscowość i data).....  
(pieczęć i podpis osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik nr 5

## WZÓR

## Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych

| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej        |   | Kwartalne sprawozdanie<br>z przeprowadzonych szczepień ochronnych<br>wg ilości wykorzystanych szczepionek<br>za okres<br>od ..... do ..... r. |                      |                         | Adresat  |                         |                      |
|---|---|---|----------------------|-------------------------|--|-------------------------|----------------------|
| Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie |   |   |                      |                         | Sprawozdanie należy przekazać w terminie<br>15 dni po okresie sprawozdawczym |                         |                      |
| Numer identyfikacyjny – REGON                 |   |   |                      |                         |  |                         |                      |
| Lp.   | Nazwa szczepionki   | Jednostka<br>miary  | Zamówienie<br>roczne | Zamówienie<br>kwartalne | Ilość<br>zużytej<br>szczepionki  | Liczba podanych<br>dawk | Uwagi/<br>Komentarze |
| 0   | 1   | 2   | 3                    | 4                       | 5  | 6                       | 7                    |
| 1   | DTP – szczepionka błonico-tężcowa-<br>-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml     | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 2   | DTaP – szczepionka błonico-tężcowa-<br>-krztuścowa adsorb. na wod. glinu<br>inj. 0,5 ml | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 3   | Td – szczepionka tężcowa-błonicza<br>adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml                  | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 4   | T – szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu<br>inj. 0,5 ml                            | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 5   | BCG – szczepionka przeciwgruźlicza inj.<br>fiolki/10 dawk                               | fiolka  |                      |                         |  |                         |                      |
| 6   | szczepionka przeciw wzw B dla dzieci inj.<br>0,5 ml                                     | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 7   | szczepionka przeciw wzw B dla dorosłych<br>inj. 1,0 ml                                  | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 8   | szczepionka przeciw wzw B dla dializowanych<br>i z obniżoną odpornością inj. 1,0 ml     | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 9   | szczepionka przeciw odrze-świnie-<br>różyczce inj. 0,5 ml                               | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 10  | szczepionka przeciw poliomyelitis (żywa)<br>inj. fiolki/10 dawk                         | fiolka  |                      |                         |  |                         |                      |
| 11  | szczepionka przeciw poliomyelitis (zabita) inj.<br>1 dawka                              | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 12  | szczepionka przeciw wściekliznie<br>inaktywowana inj. 1 dawka                           | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 13  | szczepionka przeciw <i>Haemophilus<br/>influenzae</i> typu b inj. 1 dawka               | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 14  | szczepionka przeciw <i>Streptococcus<br/>pneumoniae</i> inj. 1 dawka                    | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 15  | szczepionka przeciw ospie wietrznej<br>inj. 1 dawka                                     | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 16  | DT – szczepionka błonico-tężcowa<br>adsorb. na wod. glinu inj. 1 dawka                  | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 17  | Ty – szczepionka dżowa<br>inj. 10 ml fiolek/20 dawk                                     | fiolka  |                      |                         |  |                         |                      |
| 18  | TyT – szczepionka dżowo-tężcowa<br>inj. 10 ml fiolek/20 dawk                            | fiolka  |                      |                         |  |                         |                      |
| 19  | d – szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu<br>inj. 1 amp./1 dawka                   | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 20  | D – szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu<br>inj. fiolki/ 20 dawk                  | fiolka  |                      |                         |  |                         |                      |
| 21  | szczepionka przeciw meningokokom  | dawka   |                      |                         |  |                         |                      |
| 22  | inne (wpisać jakie?)  |   |                      |                         |  |                         |                      |
| 23  | inne (wpisać jakie?)  |   |                      |                         |  |                         |                      |
| 24  | inne (wpisać jakie?)  |   |                      |                         |  |                         |                      |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu .....

.....  
(miejscowość i data).....  
(pieczęćka imienna i podpis osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)Dziennik Ustaw i Monitor Polski są dostępne w Internecie pod adresem [www.wydawnictwa.cuw.gov.pl](http://www.wydawnictwa.cuw.gov.pl) i [www.rcl.gov.pl](http://www.rcl.gov.pl)

Wydawca: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Redakcja: Rządowe Centrum Legislacji – Departament Dziennika Ustaw i Monitora Polskiego,  
al. J.Ch. Szucha 2/4, 00-582 Warszawa, tel. 22 622-66-56Skład, druk i kolportaż: Centrum Usług Wspólnych – Wydział Wydawnictw i Poligrafii,  
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel. 22 694-67-52, faks 22 694-60-48

DU 0182 2011 wyd.00

[www.wydawnictwa.cuw.gov.pl](http://www.wydawnictwa.cuw.gov.pl)  
e-mail: [wydawnictwa@cuw.gov.pl](mailto:wydawnictwa@cuw.gov.pl)Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Centrum Usług Wspólnych – Wydział Wydawnictw i Poligrafii,  
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa