

1711

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 21 grudnia 2010 r.

w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania

Na podstawie art. 21 ust. 8 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) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) rodzaje niepożądanych odczynów poszczepiennych i kryteria ich rozpoznawania na potrzeby nadzoru epidemiologicznego;
- 2) sposób zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych;
- 3) wzory formularzy zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych;
- 4) sposób prowadzenia rejestru zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych, udostępniania danych nim objętych oraz okres ich przechowywania.

§ 2. Rodzaje niepożądanych odczynów poszczepiennych i kryteria ich rozpoznawania na potrzeby nadzoru epidemiologicznego określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Wzór formularza zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu przeciwko gruźlicy oraz wzór formularza niepożądanego odczynu po innym szczepieniu niż przeciwko gruźlicy, zwane dalej „formularzem zgłoszenia”, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego lekarz lub felczer:

- 1) przesyła listem poleconym w dwóch kopertach, z których koperta wewnętrzna opatrzona jest wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i nadrukiem „DOKUMENTACJA MEDYCZNA”, albo
- 2) przesyła za pomocą poczty elektronicznej, jeżeli pozwalają na to techniczne możliwości nadawcy i odbiorcy, w formie przesyłek kodowanych, albo
- 3) przekazuje w zamkniętej kopercie bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem.

2. Przesyłanie formularzy zgłoszeń nie jest wymagane, jeżeli lekarz lub felczer i państwowy powiatowy inspektor sanitarny mają bezpośredni dostęp do danych w ramach elektronicznego systemu rejestracji zgłoszeń.

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

2. Państwowy powiatowy inspektor sanitarny właściwy dla miejsca powzięcia podejrzenia wystąpienia odczynu poszczepiennego uzupełnia część V i VI formularza zgłoszenia lub niezwłocznie przekazuje formularz państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce wykonania szczepienia celem uzupełnienia formularza.

§ 6. 1. W przypadku stwierdzenia oczywistej omyłki w wypełnieniu formularza zgłoszenia właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny dokonuje korekty formularza zgłoszenia.

2. Korekty formularza zgłoszenia, o której mowa w ust. 1, można dokonać telefonicznie, faksem lub z użyciem innego urządzenia do teletransmisji danych.

3. Telefoniczną korektę formularza zgłoszenia należy niezwłocznie potwierdzić pisemnie.

§ 7. 1. W przypadku wystąpienia ciężkiego lub poważnego niepożądanego odczynu poszczepiennego właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny, nie później niż po upływie godziny po powzięciu wiadomości, udostępnia informacje o fakcie wystąpienia takiego odczynu właściwemu państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu.

2. Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, nie później niż po upływie godziny od powzięcia wiadomości, o której mowa w ust. 1, niezwłocznie udostępnia tę informację Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu, wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce i wojewódzkiemu inspektorowi farmaceutycznemu.

§ 8. 1. Państwowy powiatowy inspektor sanitarny prowadzi powiatowy rejestr zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych na podstawie zbioru oryginałów formularzy zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych.

2. Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny prowadzi wojewódzki rejestr zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych na podstawie zbioru kopii formularzy zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych.

§ 9. Dane zgromadzone w rejestrze zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych, o których mowa w § 8, są przechowywane przez 10 lat od dnia zgłoszenia niepożądanego odczynu poszczepiennego.

¹⁾ 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).

§ 10. 1. Dane z rejestru zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych są udostępniane przez:

- 1) okazanie rejestru zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych do wglądu;
- 2) sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii z rejestru zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych;
- 3) wydanie oryginału rejestru zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

2. Dane z rejestru zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych są udostępniane również zbiorczo Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce celem przygotowania i podania do publicznej wiadomości informacji o niepożądanych odczynach poszczepiennych zgłoszonych na obszarze kraju.

§ 11. 1. Powiatowe wykazy zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych i wojewódzkie wykazy niepożądanych odczynów poszczepiennych pro-

wadzone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stają się odpowiednio powiatowymi rejestrami zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych i wojewódzkimi rejestrami zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych.

2. Zgłoszenia niepożądanych odczynów poszczepiennych dokonane przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia właściwy państwowy inspektor sanitarny uzupełnia na podstawie przepisów dotychczasowych.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 r.²⁾

Minister Zdrowia: *E. Kopacz*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych (Dz. U. Nr 241, poz. 2097 oraz z 2005 r. Nr 232, poz. 1973), które zgodnie z art. 68 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. (poz. 1711)

Załącznik nr 1

RODZAJE I KRYTERIA ROZPOZNAWANIA NIEPOŻĄDANYCH ODCZYNÓW POSZCZEPIENNYCH NA POTRZEBY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO*

I. Ogólne rodzaje i kryteria niepożądanych odczynów poszczepiennych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego

1. Jako ciężki niepożądany odczyn poszczepienny kwalifikuje się niepożądany odczyn poszczepienny, który zagraża życiu i może:

- 1) wymagać hospitalizacji w celu ratowania zdrowia;
- 2) prowadzić do trwałego ubytku sprawności fizycznej lub umysłowej;
- 3) kończyć się śmiercią.

2. Jako poważny niepożądany odczyn poszczepienny kwalifikuje się niepożądany odczyn poszczepienny, który charakteryzuje się dużym nasileniem objawów w postaci znacznego obrzęku kończyny, silnego jej zaczerwienienia, wysokiej gorączki, ale:

- 1) nie wymaga zwykle hospitalizacji w celu ratowania zdrowia;

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

- 1) indywidualnej reakcji organizmu człowieka szczepionego na podanie szczepionki;
- 2) błędu wykonania szczepionki lub błędu podania szczepionki;
- 3) zjawisk od szczepienia niezależnych, a tylko przypadkowo pojawiających się po szczepieniu.

- 2) nie prowadzi do trwałego uszczerbku dla zdrowia;
- 3) nie stanowi zagrożenia dla życia.

3. Jako łagodny niepożądany odczyn poszczepienny kwalifikuje się niepożądany odczyn poszczepienny, który nie ma szczególnie dużego nasilenia, a charakteryzuje się występowaniem:

- 1) miejscowego obrzęku kończyny;
- 2) silnego miejscowego zaczerwienienia;
- 3) gorączki.

II. Szczegółowe rodzaje i kryteria niepożądanych odczynów poszczepiennych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego

- 1) odczyny miejscowe, w tym odczyny miejscowe po szczepieniu BCG:
 - a) obrzęk,
 - b) powiększenie węzłów chłonnych,
 - c) ropień w miejscu wstrzyknięcia;
- 2) niepożądane odczyny poszczepienne ze strony ośrodkowego układu nerwowego (OUN):
 - a) encefalopatia,
 - b) drgawki gorączkowe,

-
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">c) drgawki niegorączkowe,d) porażenie wiotkie wywołane wirusem szczy-
pionkowym,e) zapalenie mózgu,f) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,g) zespół Guillaina-Barrégo; <p>3) inne niepożądane odczyny poszczepienne:</p> <ul style="list-style-type: none">a) bóle stawowe,b) epizod hipotensyjno-hiporeaktywny,c) gorączka powyżej 39°C,d) małopłytkowość, | <ul style="list-style-type: none">e) nieutulony ciągły płacz,f) posocznica, w tym wstrząs septyczny,g) reakcja anafilaktyczna,h) reakcje alergiczne,i) uogólnione zakażenie BCG,j) wstrząs anafilaktyczny,k) zapalenie jąder,l) zapalenie ślinianek,m) porażenie splotu barkowego,n) inne poważne odczyny występujące do 4 tygo-
dni po szczepieniu. |
|---|---|

WZÓR

*Pieczętka placówki
opieki zdrowotnej*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA
NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU
PO SZCZEPIENIU BCG
(p/gruźlicy)**

Adresat:

Powiatowy Inspektor Sanitarny

W

I. IDENTYFIKACJA PLACÓWKI OPIEKI ZDROWOTNEJ

KOD RESORTOWY																			
	REGION								kod położenia placówki opieki zdrowotnej /część II - TERYT ⁽¹⁾							kod jednostki organizacyjnej/ część V/ ⁽²⁾			

II. DANE OSOBY, U KTÓREJ WYSTĄPIŁ NOP

[illegible]

Adres zamieszkania:

Miejscowość

Ulica [] **Nr domu** [] [] [] **Nr mieszkania** [] [] []

III. INFORMACJE O SZCZEPIENIU

Szczepionka podejrzana o wywołanie odczynu: ☐ BCG

Szczepienie w okresie noworodkowym: ☐

Szczepienie w wieku późniejszym: ☐

z przyczyn medycznych ☐ z innych powodów ☐

podaj wiek dziecka.....

jakie

Data szczepienia: / /

godzina :

Data wystąpienia odczynu: / /

godzina :

IV. NIEPOŻĄDANY ODCZYN PO SZCZEPIENIU BCG (p/gruźlicy)

- ☐ Krosta ropna (o średnicy większej niż 10mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)
- ☐ Owrzodzenie (o średnicy większej niż 10mm u noworodka lub większej niż 20 mm u dzieci starszych)
- ☐ Powiększenie regionalnych węzłów chłonnych. Wielkość węzła (w cm).....
Węzły: ☐ pachowe ☐ nadobojczykowe ☐ szyjne ☐ inne (jakie?).....
Ilość: ☐ pojedynczy węzeł ☐ kilka węzłów ☐ pakiet ☐ Nie
- ☐ Zropienie okolicznych węzłów chłonnych Z przetoką? ☐ Tak ☐ Nie
- ☐ Poronny fenomen Kocha³⁹
- ☐ Ropień podskórny Z przetoką? ☐ Tak ☐ Nie
- ☐ Uogólnione zakażenie prątkiem BCG (m.in. zmiany w węzłach chłonnych innych regionów, zmiany kostne, osteitis BCG, meningitis BCG, zmiany w innych narządach i tkankach)⁴⁰
- ☐ Keloid
- ☐ Martwica węzłów typu serowatego
- ☐ Erythema nodosum

KWALIFIKACJA: NOP ciężki ☐ NOP poważny ☐ NOP łagodny ☐

Opis odczynu, dodatkowe dane (można wykonać w postaci załącznika)

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

V. WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEGNIARKA W MIEJSCU SZCZEPIENIA**DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU**

Nazwa szczepionki

Producent

Nr serii..... Data ważności

Liczba dawek w opakowaniu Objętość dawki szczepiennej.....

Droga podania szczepionki: ☐ śródskórnice ☐ inna- jaka?.....

Warunki przechowywania szczepionki przed szczepieniem: → ☐ lodówka ☐ zamrażalnik lodówki
☐ zamrażarka ☐ inne

Temperatura w miejscu przechowywania (zmierzyć i podać).....

Szczepionka przechowywana prawidłowo ☐ Tak ☐ Nie

Zachowane zasady aseptyki podczas szczepienia ☐ Tak ☐ Nie

Poprawna technika szczepienia (np. podania szczepionki BCG podskórnice, podanie dożylne)(proszę opisać poniżej) ☐ Tak ☐ Nie

Inne (opisać).....

Uwagi.....

Stanowisko, imię i nazwisko osoby szczepiącej:

Adres i telefon punktu szczepień.....

VI. WYPEŁNIA PRACOWNIK PSSE

Miasto Województwo

Ile osób ogółem zaszczepiono na danym terenie tą samą serią szczepionki?

Czy wystąpiły odczyny u innych osób szczepionych tą serią szczepionki? ☐ Nie ☐ Tak U ilu?

Czy dziecko było hospitalizowane w związku z odczynem poszczepiennym? ☐ Nie ☐ Tak Liczba dni hospitalizacji ☐ ☐

Stan zdrowia dziecka w tydzień od rozpoznania odczynu poszczepiennego:

☐ Dziecko jest nadal leczone ☐ w domu ☐ w szpitalu

☐ Pełny powrót do zdrowia

☐ Trwałe zmiany. Jakie?

☐ Inne. Jakie?

☐ Zgon Data zgonu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Nieuwzględnienia przeciwwskazań do szczepienia? (proszę opisać poniżej)

☐ Tak ☐ Nie

Inne.....

Uwagi.....

Weryfikacja kwalifikacji: bez zmiany kwalifikacji ☐

zmiana kwalifikacji ☐

NOP ciężki ☐

NOP poważny ☐

NOP łagodny ☐

Nie NOP ☐

Wypełnić: imię, nazwisko i podpis pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej

¹⁾ Wypełnić także w przypadku praktyki lekarskiej. Gdy nie jest znany kod terytorialny położenia placówki opieki zdrowotnej - podać nazwę powiatu i nazwę gminy.

²⁾ Wypełniają tylko zakłady opieki zdrowotnej zgodnie z zapisami w decyzji o zarejestrowaniu.

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

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

WZÓR

Pieczęć placówki
opieki zdrowotnej

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA
NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU
PO SZCZEPIENIU
INNYM NIŻ BCG**

Adresat:

Powiatowy Inspektor Sanitarny

W

I. IDENTYFIKACJA PLACÓWKI OPIEKI ZDROWOTNEJ

KOD RESORTOWY	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	REGION	kod położenia placówki opieki zdrowotnej /część II - TERYT/ ¹⁾	kod jednostki organizacyjnej/ część V/ ²⁾

II. DANE OSOBY, U KTÓREJ WYSTĄPIŁ NOPImię Nazwisko Data urodz PESEL

Adres zamieszkania:

Miejscowość Ulica Nr domu Nr mieszkania **III. INFORMACJE O SZCZEPIENIU**Szczepionka podejrzana o wywołanie odczynu: ☐ Błonica ☐ Tężec ☐ Krztusiec ☐ OPV ☐ IPV☐ Odra ☐ Świnka ☐ Różyczka ☐ wzv A ☐ wzv B ☐ Grypa ☐ Inna (jaka?).....Data szczepienia Godz. Data wystąpienia odczynu Godz. **IV. NIEPOŻĄDANY ODCZYN PO SZCZEPIENIACH INNYCH NIŻ BCG**Reakcja miejscowa☐ Nasilony odczyn w miejscu wstrzyknięcia → ☐ O średnicy 3 – 5 cm ☐ Wykraczający poza najbliższy staw

(opuchnięcie, zaczerwienienie i bolesność)

☐ O średnicy 6 – 9 cm☐ Utrzymujący się ponad 3 dni☐ O średnicy większej niż 10 cm☐ Ropień w miejscu wstrzyknięcia → ☐ Jałowy ☐ Bakteryjny. Wynik posiewu☐ Bolesność i powiększenie regionalnych węzłów chłonnych.Reakcja ogólna☐ Gorączka - Najwyższa temperatura ☐ 38,0-38,4 ☐ 38,5-38,9 ☐ 39,0-39,4 ☐ 39,5-39,9 ☐ 40,0-40,4 ☐ 40,5- i wyżej

Czas utrzymywania się gorączki

☐ do 24 godzin☐ do 48 godzin☐ do 72 godzin☐ dłużej☐ Drgawki → ☐ gorączkowe ☐ niegorączkowe ☐ pierwszy epizod ☐ wywołany szczepieniem kolejny epizod drgawek☐ Reakcja alergiczna ☐ pokrzywka ☐ obrzęk Quinckiego ☐ laryngospazm ☐ reakcja astmatyczna ☐ łzawienie, katar☐ wysypka uogólniona ☐ wysypka ograniczona do określonych obszarów skóry (jakich?).....☐ rumień wielopostaciowy☐ Wstrząs anafilaktyczny☐ Ciągły płacz (płacz lub krzyk dziecka utrzymujący się nieprzerwanie 3 godziny lub więcej, pojawiający się w ciągu doby po szczepieniu)☐ Epizod hypotoniczno-hyporeaktywny → ☐ z utratą przytomności ☐ z bezdechem
(hipotonia, obniżone napięcie mięśniowe, bledność powłok, senność, zaburzenia świadomości)☐ Wysypka różyczkopodobna☐ Wysypka odropodobna☐ Biegunka☐ Wymioty☐ Zasinienie kończyn☐ Wybroczyny skórne → ☐ wybroczyny uogólnione ☐ ograniczone do kończynPowikłanie☐ Poliomyelitis poszczepienne (niedowład wiotki z objawami utrzymującymi się 60 lub więcej dni, który wystąpił u dziecka w przebiegu 4-30 dni po szczepieniu OPV lub 4 - 75 dni po kontakcie z osobą szczepioną)☐ Zespół Guillaina-Barréa☐ Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych☐ Zapalenie ślinianek przyusznych☐ Arthralgia☐ Porażenie splotu barkowego☐ Posocznica / Wstrząs septyczny☐ Encefalopatia (definiowana jako wystąpienie co najmniej dwu z następujących 3 objawów w przebiegu 72 godzin po szczepieniu:

a) drgawek b) wyraźnych zaburzeń świadomości utrzymujących się dzień lub dłużej c) wyraźnej zmiany w zachowaniu dziecka utrzymującej się dzień lub dłużej)

☐ Zapalenie mózgu☐ Zapalenie jąder☐ Trombocytopenia. Najniższy poziom płytek krwi.....☐ Inne - proszę opisać (miejsce na opis po drugiej stronie)

KWALIFIKACJA: NOP ciężki ☐ NOP poważny ☐ NOP łagodny ☐

Opis odczynu, dodatkowe dane (można wykonać w postaci załącznika)

.....

.....

.....

.....

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

V. WYPEŁNIĆ W MIEJSCU SZCZEPIENIA

DANE O SZCZEPIONCE I SZCZEPIENIU

Nazwa szczepionki	Dawka	Seria i data ważności	Producent	Liczba dawek w opakowaniu	Objętość dawki szczepiennej	Miejsce podania szczepionki

Droga podania szczepionki: ☐ doustnie ☐ śródskórną ☐ podskórną ☐ domięśniowo ☐ inna (jaka?)

Warunki przechowywania szczepionki przed szczepieniem: → ☐ lodówka ☐ zamrażalnik lodówki

☐ zamrażarka ☐ inne

Temperatura w miejscu przechowywania (zmierzyć i podać).....

Szczepionka przechowywana prawidłowo ☐ Tak ☐ Nie

Zachowane zasady aseptyki podczas szczepienia ☐ Tak ☐ Nie

Poprawna technika szczepienia (proszę opisać poniżej) ☐ Tak ☐ Nie

Inne (opisać).....

Uwagi.....

Czy w przeszłości u dziecka wystąpił odczyn poszczepienny? ☐ Nie ☐ Tak Po jakiej szczepionce?.....

Stanowisko, imię i nazwisko osoby szczepiącej:

Adres i telefon punktu szczepień.....

VI. WYPEŁNIA PRACOWNIK PSSE

MiastoWojewództwo

Ile osób ogółem zaszczepiono na danym terenie tą samą serią szczepionki?

Czy wystąpiły odczyny u innych osób szczepionych tą serią szczepionki? ☐ Nie ☐ Tak U ilu? ☐☐☐☐

Czy dziecko było hospitalizowane w związku z odczynem poszczepiennym? ☐ Nie ☐ Tak Ile dni? ☐☐

Stan zdrowia dziecka w tydzień po rozpoznaniu odczynu poszczepiennego:

☐ Dziecko jest nadal leczone ☐ w domu ☐ w szpitalu

☐ Pełny powrót do zdrowia

☐ Trwale zmiany. Jakiej?

☐ Inne. Jakiej?

☐ Zgon Data zgonu: ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Nieuwzględnienia przeciwwskazań do szczepienia? (proszę opisać poniżej)

☐ Tak ☐ Nie

Inne.....

Uwagi.....

Weryfikacja kwalifikacji: bez zmiany kwalifikacji ☐

zmiana kwalifikacji ☐

NOP ciężki ☐ NOP poważny ☐ NOP łagodny ☐ Nie NOP ☐

Wypełnił: imię, nazwisko i czytelny podpis pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej

¹⁾ Wypełnić także w przypadku praktyki lekarskiej. Gdy nie jest znany kod terytorialny położenia placówki opieki zdrowotnej - podać nazwę powiatu i nazwę gminy.

²⁾ Wypełniają tylko zakłady opieki zdrowotnej zgodnie z zapisami w decyzji o zarejestrowaniu.