

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

Adresat:

Powiatowy Inspektor Sanitarny  
w .....

**I. IDENTYFIKACJA PLACÓWKI OPIEKI ZDROWOTNEJ**

KOD RESORTOWY	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	REGON	kod położenia placówki opieki zdrowotnej /część II - TERYT/ <sup>1</sup>	kod jednostki organizacyjnej/ część V/ <sup>2</sup>

**II. DANE OSOBY, U KTÓREJ WYSTĄPIŁ NOP**

Imię [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Nazwisko [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Data urodz [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ]  
PESEL [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Adres zamieszkania:**

Miejscowość [ ]  
Ulica [ ] Nr domu [ ] [ ] [ ] Nr mieszkania [ ] [ ] [ ]

**III. INFORMACJE O SZCZEPIENIU**

Szczepionka podejrzana o wywołanie odczynu:  BCG  
 Szczepienie w okresie noworodkowym:   
 Szczepienie w wieku późniejszym:  podaj wiek dziecka.....  
 z przyczyn medycznych  z innych powodów  jakie .....

Data szczepienia: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] godzina [ ] [ ] : [ ] [ ]  
 Data wystąpienia odczynu: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] godzina [ ] [ ] : [ ] [ ]

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

- Krostka 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
- Zropienie okolicznych węzłów chłonnych Z przetoką?  Tak  Nie
- Poronny fenomen Kocha (3)
- Ropień podskórny Z przetoką?  Tak  Nie
- Uogólnione zakażenie prątkiem BCG (m.in. zmiany w węzłach chłonnych innych regionów, zmiany kostne, osteitis BCG, meningitis BCG, zmiany w innych narządach i tkankach) (4)
- Keloid
- 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)..... Pieczętka lekarska: .....

## V. - WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIELEŃNIARKA 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: śródkórnice 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 dożylnie)(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 rozpoznaniu 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

.....

Wypełnił: 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 owrzodzenie gojące się w ciągu 2-4 miesięcy.
- 4) Należy dołączyć odpis historii choroby (wraz z badaniami immunologicznymi dziecka).