



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 15 czerwca 2016 r.

Poz. 849

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 25 maja 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 296) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1086), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 182);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1947).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 182), które stanowią:

„§ 2. 1. Książeczki szczepień założone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność bezterminowo.

2. Książeczki szczepień według wzoru określonego na podstawie dotychczasowych przepisów mogą być zakładane do wyczerpania zapasów, nie dłużej jednak niż przez okres 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”;

- 2) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1947), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.”.

Minister Zdrowia: *K. Radziwiłł*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 maja 2016 r. (poz. 849)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

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 2013 r. poz. 947, z późn. zm.²⁾) 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)³⁾ ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis);

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 619 i 1138, z 2015 r. poz. 1365, 1916 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 542 i 823.

³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 182), które weszło w życie z dniem 20 lutego 2015 r.

- 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,
 - 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 (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)⁴⁾ 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)⁵⁾ dzieci, inne niż wymienione w lit. a-c, przebywające w żłobkach lub klubach dziecięcych;
- 9)⁶⁾ 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)⁷⁾ 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)⁸⁾ osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osoby dializowane;
- 13) wściekliznie obejmuje osoby mające styczność ze zwierzęciem chorym na wściekliznę lub podejrzanym o zakażenie wirusem wścieklizny.

§ 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.

⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁵⁾ Dodana przez § 1 pkt 2 lit. a tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. c tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁸⁾ Dodana przez § 1 pkt 2 lit. c tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

§ 6.⁹⁾ 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 2016 r. poz. 186 i 823), 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)¹⁰⁾ 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.

⁹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1947), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

¹⁰⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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.¹¹⁾

¹¹⁾ 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. poz. 2018, z 2004 r. poz. 513, z 2005 r. poz. 624, z 2006 r. poz. 254, z 2007 r. poz. 633 oraz z 2008 r. poz. 795), które utraciło 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. z 2013 r. poz. 947).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 18 sierpnia 2011 r.

Załącznik nr 1

WZÓR

ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM	
<i>(pieczęć nagłówkowa)</i>	
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	
<input type="checkbox"/> stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw: w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego*)	
<input type="checkbox"/> stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw: dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia*)	
<input type="checkbox"/> 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 .....	.....
(miejsowość)	(pieczęć i podpis lekarza)
<p>*) 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.</p>	

WZÓR

KARTA UODPORNIEŃ

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	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					

WZÓR

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 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				

¹²⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 4 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

WZÓR

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 okresu sprawozdawczego
	wg stanu w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozdawczego	w okresie sprawozdawczym			przekazanych innym podmiotom	
		założonych przez składającego sprawozdanie	otrzymanych od innych podmiotów	usuniętych z kartoteki z powodu zgonów, emigracji		
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)

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

WZÓR

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					Sprawozdanie należy przekazać w terminie 15 dni po okresie sprawozdawczym		
Numer identyfikacyjny – REGON							
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 błonniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu. inj. 0,5 ml	dawka					
2	DTaP – szczepionka błonniczo-tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml	dawka					
3	Td – szczepionka tężcowo-błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml	dawka					
4	T – szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml	dawka					
5	BCG – szczepionka przeciwgruźlicza inj. fiołki/10 dawek	fiołka					
6	szczepionka przeciw wzv B dla dzieci inj. 0,5 ml	dawka					
7	szczepionka przeciw wzv B dla dorosłych inj. 1,0 ml	dawka					
8	szczepionka przeciw wzv B dla dializowanych i z obniżoną odpornością inj. 1,0 ml	dawka					
9	szczepionka przeciw odrze-śwince-różyczce inj. 0,5 ml	dawka					
10	szczepionka przeciw poliomyelitis (żywa) inj. fiołki/10 dawek	fiołka					
11	szczepionka przeciw poliomyelitis (zabita) inj. 1 dawka	dawka					
12	szczepionka przeciw wściekliznie inaktywowana inj. 1 dawka	dawka					
13	szczepionka przeciw Haemophilus influenzae typu b inj. 1 dawka	dawka					
14	szczepionka przeciw Streptococcus pneumoniae inj. 1 dawka	dawka					
15	szczepionka przeciw ospie wietrznej inj. 1 dawka	dawka					
16	DT – szczepionka błonniczo-tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 1 dawka	dawka					
17	Ty – szczepionka durowa inj. 10 ml liof/20 dawek	fiołka					
18	TyT – szczepionka durowo-tężcowa inj. 10 ml liof/20 dawek	fiołka					
19	d – szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 1 amp/1 dawka	dawka					
20	D – szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu inj. fiołki/ 20 dawek	fiołka					
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).....
(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)