

KARTA ŚWIADCZENIODAWCY PROWADZĄCEGO SZCZEPIENIA OCHRONNE

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

1. Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu praktyki prywatnej
.....
.....
2. Dane dotyczące osób prowadzących szczepienia (należy podać imię i nazwisko, specjalizację, informację czy dana osoba prowadziła szczepienia i ile lat)
 - a) lekarz.....
.....
 - b) pielęgniarka
.....
3. Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia zawierająca powierzenie wykonywania szczepień zleconych przez Ministra Zdrowia .
.....
.....
(nr umowy, data)
4. Wielkość rejonu:
placówka świadczy podstawową opiekę zdrowotną dla osób, w tym
niemowląt oraz dzieci i młodzieży.

II. DANE DOTYCZĄCE GABINETU

5. Opinia sanitarna dotycząca pomieszczeń i wyposażenia
.....
.....
(przez kogo wydana, nr, data)
6. Informacja o wyposażeniu pomieszczeń w lodówkę przeznaczoną tylko do przechowywania szczepionek urządzenia do transportu szczepionek oraz zestaw przeciwwstrząsowy.
.....
.....

III. OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCÓW

Oświadczam, że:

- zapoznałem się z aktami prawnymi stanowiącymi podstawę prowadzenia szczepień ochronnych, a w szczególności z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad prowadzenia i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237 poz. 218), oraz z innymi przepisami sanitarno – higienicznymi dotyczącymi wymogów związanych z wykonywaniem usług medycznych.
- zostałem zapoznany z zasadami prowadzenia sprawozdawczości ze szczepień.
- znam zasady prowadzenia szczepień i techniki podawania szczepionek (w tym wykonania prób tuberkulinowych) oraz ustawicznie będę pogłębiać wiedzę z tego zakresu i uczestniczyć w szkoleniach.
- Znam adres i telefon najbliższej Konsultacyjnej Poradni Szczepień i zobowiązuję się kierować do niej na konsultacje dzieci wymagające stosowania indywidualnego kalendarza szczepień (zwłaszcza przewlekłe chore lub po wystąpieniu poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych).

.....
(podać adres i telefon)

- Znam nazwisko, adres i telefon kierownika działu epidemiologii (sekcji szczepień) Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej (lub oddziału zamiejscowego), do których będę mógł zwracać się o pomoc merytoryczną.

.....
(podać dane)

.....
(podpis lekarza odpowiedzialnego
za prowadzenie szczepień)