

FORMULARZ

Zgłoszenia osób szczepionych przeciwko wścieklźnie

Województwo

A. DANE O OSOBE SZCZEPIONEJ

- Nazwisko i imię wiek Płeć: męska / żeńska
Zawód miejsce pracy
- Miejsce zamieszkania: miasto Osiedle
wieś powiat województwo
- Czy do ewentualnego zakażenia doszło w miejscu zamieszkania: *tak / nie*, jeśli nie podać adres:
miejscowość powiat województwo
- Data ewentualnego zakażenia, w jakich okolicznościach doszło do ewentualnego zakażenia
- Sposób ewentualnego zakażenia: *podrapanie / poślinienie skóry uszkodzonej, śluzówek lub spojówek / inny bezpośredni kontakt ze zwierzęciem lub materiałem zakaźnym*, jaki:
- Charakter uszkodzenia powłok: umiejscowienie w nagie ciało / przez ubranie
(rodzaj ubrania) *jedno/ liczne; głębokie/powierzchnowe;*
krwawienie: *obfite / słabe / brak krwawienia.*
- Czy pacjent był kiedyś szczepiony przeciw wścieklźnie: *tak / nie* : jeśli tak, data szczepienia
ilość dawek przebieg szczepienia (ewentualne odczyny, powikłania)
- Czy pacjent podaje schorzenia: *tak / nie*, jeśli tak, jakie:
Czy występowały odczyny uczuleniowe po podaniu surowicy lub innych leków: *tak / nie*, jeśli tak, jakie:
- Data zgłoszenia się pacjenta do lekarza, data zawiadomienia Stacji Sanitarno -
Epidemiologicznej przez lekarza o przypadku ewentualnego zakażenia

B. DANE O ZWIERZĘCIU, które było ew. źródłem zakażenia

Uzyskane w wywiadzie:

- Pies / kot / inne zwierzę* – jakie; *znane / nieznanne*; jeżeli znane, proszę podać nazwisko i imię oraz dokładny adres zamieszkania właściciela zwierzęcia
- Bezpośrednio po styczności z pacjentem zwierzę: *schwymano / zbiegło / padło / zostało zabite.*

Uzyskane od lekarza weterynarii:

- Gatunek, rasa, wiek, płeć
Czy było szczepione przeciwko wścieklźnie: *tak / nie*, jeśli tak data ostatniego szczepienia
- Data badania zwierzęcia, obserwacji
- Stan zdrowia zwierzęcia w dniu ukąszenia*
Po 5 dniach od pokąszenia*
Po 10 dniach od pokąszenia*
Data wystąpienia objawów wścieklizny
Data powiadomienia przez lekarzy weterynarii o stanie zdrowia zwierzęcia
Wynik sekcji, **ciałka Negriego:** *stwierdzono / nie stwierdzono.* Wynik
innych badań laboratoryjnych

*Dotyczy również podrapania i poślinienia osoby podejrzanego o zakażenie.

C. POSTĘPOWANIE ZAPOBIEGAWCZE

1. Sposób zaopatrzenia miejsca zranienia:

.....
.....
.....

2. Szczepienia

Stan ogólny pacjenta przed rozpoczęciem szczepień:
Data rozpoczęcia szczepień:, data zakończenia
Dawka jednorazowa:, liczba wstrzyknięć:
Dni przerwy w szczepieniach (data)
Powód przerwy rodzaj szczepionki
Producent nr serii

D. PRZEBIEG SZCZEPIEŃ

1. Odczyny miejscowe (opis)
.....data wystąpienia
2. Powikłania (opis)
.....data wystąpienia
3. Odczyny ogólne (opis)
.....data wystąpienia
4. Zastosowane leczenie wynik
5. Czy w toku szczepienia pacjent był hospitalizowany: *tak / nie* , jeśli tak proszę podać powód hospitalizacji:
6. Czy w toku szczepienia pacjent korzystał ze zwolnienia z pracy: *tak / nie*
7. Data zakończenia obserwacji pacjenta:

E. UWAGI

1. *Szczepienia podjęto z powodu wskazań lekarskich / Szczepienia podjęto za żądanie pacjenta (rodziców, opiekunów).*
2. Receptę na bezpłatną szczepionkę przeciw wścieklźnie wystawiono w dniu:
3. Inne uwagi (np. w przypadku zastosowania surowicy bądź gamma – globuliny przeciwko wścieklźnie podać datę wstrzyknięcia, producenta, serię, dawkę, sposób podania surowicy, ew. odczyny uczuleniowe, przeszłość alergiczna pacjenta, itp.)
.....
.....
.....
.....

Uwaga: przy wypełnianiu ankiety należy stosować podkreślenia poprawnych odpowiedzi oraz skreślenia niepotrzebnych.

Miejscowość data

.....
Adres i nazwa podmiotu leczniczego

.....
Podpis, pieczęć lekarza przeprowadzającego szczepienia