

**Ocena w zakresie szczepień ochronnych
w okresie od do**

1. Kontrolę przeprowadzono w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, zwanym dalej „podmiotem kontrolowanym”(nazwa).....
.....

składającym się z następujących pomieszczeń:

- 1).....
- 2).....
- 3).....

2. Obsada podmiotu kontrolowanego:

- 1) nazwisko i imię lekarza/lekarzy*:
.....
- 2) nazwisko i imię pielęgniarki/pielęgniarek*
.....

3. Kwalifikacje personelu w zakresie szczepień ochronnych:

- 1) lekarz:
 - a) 2,5 letnia praktyka w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych tak/nie*
 - b) kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych tak/nie*
rok ukończenia, lub
 - c) specjalizacja w dziedzinie, której ramowy program kształcenia
podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych tak/nie*
rok ukończenia.....
- 2) pielęgniarka:
 - a) 2,5 letnia praktyka w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych tak/nie*
 - b) kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych tak/nie*
rok ukończenia, lub
 - c) specjalizacja w dziedzinie, której ramowy program kształcenia
podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych tak/nie*
rok ukończenia.....

4. Ogólna liczba dzieci i młodzieży od 0 do 19 lat, podlegających stałej opiece kontrolowanego podmiotu w kontrolowanym okresie (na podstawie - kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, Rejestrem Usług Medycznych,

(inne, jakie) *.....

- 1) liczba dzieci od 0 do 7 r.ż....., liczba kart uodpornienia
- 2) liczba dzieci od 8 r.ż. dor.ż., liczba kart uodpornienia
- 3) uchylający się od szczepień - podać liczbę dzieci w poszczególnych
rocznikach

.....
.....

- 2) odnotowanie NOP w karcie uodpornienia, książeczce szczepień i dokumentacji medycznej osoby szczepionej tak/nie*
16. Sporządzanie sprawozdań z realizacji szczepień (w przypadku nieprawidłowości wymienić jakie:) prawidłowe/nieprawidłowe*
17. Rozchód szczepionek prowadzony na bieżąco tak/nie*
18. Gospodarka szczepionkami prowadzona prawidłowo/nieprawidłowo*
(w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wymienić jakie):
.....
.....
.....
.....
19. Zachowanie warunków łańcucha chłodniczego:
- 1) wydzielona chłodziarka: jest/brak*
- sposób zabezpieczenia chłodziarek
.....
.....
- 2) termometr do pomiaru temperatury w chłodziarce jest/brak*
- 3) rejestr pomiarów temperatury w chłodziarce jest/brak*
- 4) w przypadku nieprawidłowych wartości odnotowane przyczyny ich zaistnienia (np. awarie) tak/nie/nie dotyczy*
- 5) sprzęt do transportu szczepionek:
- termotorba/termos jest/brak*
- wkłady chłodzące są/brak*
20. Sprzęt do szczepień:
- 1) strzykawki jednorazowego użytku, igły jednorazowego użytku:
- zachowany termin ważności tak/nie*
- sposób przechowywania prawidłowy/nieprawidłowy*
- 2) preparaty do dezynfekcji skóry przed szczepieniem są/brak*
(podać jakie)
.....
.....
- 3) gaziki jałowe są/brak*
21. Zestaw przeciwwstrząsowy i resuscytacyjny jest/brak*
22. Stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk personelu – należy uwzględnić:
- 1) umywalka z ciepłą i zimną wodą jest/brak*
- 2) dozownik z mydłem w płynie jest/brak*
- 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk jest/brak*
- 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia jest/brak*
- 5) pojemnik na zużyte ręczniki jest/brak*
23. Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia tak/nie*
24. W placówce są opracowane i stosowane procedury:
- 1) higieny rąk tak/nie*
- 2) postępowania po ekspozycji tak/nie*
- 3) postępowania z odpadami medycznymi tak/nie*
- 4) postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym tak/nie*
- 5) postępowania na wypadek awarii urządzeń chłodniczych tak/nie*

6) inne (jakie):

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

25. Dodatkowe informacje:

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

*właściwe zaznaczyć

.....

.....

*(imię i nazwisko
przedstawiciela podmiotu kontrolowanego)*

(imię i nazwisko osoby kontrolującej)