Załącznik Nr 30 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2022 r.

**Wzór  
Indywidualny Kalendarz Szczepień (IKSz)**

nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej  
nazwę (firmę), adres, numer telefonu i numer REGON  
podmiotu wraz z nr kontraktu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię,  nr PESEL  lub nr dokumentu tożsamości - w przypadku osób  nie posiadających nr PESEL | *nazwisko imię*  .................................................................................................................  .................................................................................................................  *PESEL*  ................................................................................................................. | Data urodzenia  dzień miesiąc rok  …….-…….-……… |

**Zalecone szczepienia ochronne**

(należy wypełnić obligatoryjnie, w oparciu o wymagania określone dla realizacji PSO w Polsce oraz ChPL szczepionek)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Typ szczepienia/ szczepienie przeciw | Kolejność dawkowania w przyjętym schemacie | Nazwa szczepionki | Planowana data szczepienia/miesiąc/rok szczepienia dziecka | Uwagi/Rekomendowana nazwa szczepionki lub jej rodzaj |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych  
(po ocenie stanu zdrowia pacjenta, zapoznaniu się z dostępną dokumentacją medyczną)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Szczepienie przeciw | Data stwierdzenia | Data  ustania | Rodzaj przeciwwskazania | Podpis lekarza kwalifikującego |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Niepożądane odczyny poszczepienne  
(jeśli wystąpiły/można ustalić)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj odczynu | Data wystąpienia | Po jakiej szczepionce | | Rodzaj odczynu | Data wystąpienia | Po jakiej szczepionce | |
| Nazwa | Data szczepienia | Nazwa | Data szczepienia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uwagi lub zalecenia lekarza**

|  |
| --- |
| …………………….……….dnia ....................................  (miejscowość)  ................................................................................  (pieczęć i podpis lekarza) |