На основу члана 25. став 13. Закона о о заштити становништва од заразних болести („Службени гласник РС”, број 125/04), Министар здравља доноси

ПРАВИЛНИК

о имунизацији и начину заштите лековима

(„Службени гласник РС“, бр. 11 од 7. фебруара 2006.године, 25 од 15. марта 2013. године, 63 од 19. јула 2013. године, 99 од 15. новембра 2013. године, 118 од 30. децембра 2013. године, 65 од 27. јуна 2014. године, 32 од 3. априла 2015. године)

I. ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим правилником ближе се прописују услови, начин и индикације за спровођење имунизације, као и начин вођења евиденција о извршеној имунизацији, и начин заштите лековима.

За имунизацију и заштиту лековима (у даљем тексту: хемиопрофилаксу) против одређених заразних болести употребљавају се имунобиолошки препарати (вакцине и специфични имуноглобулини) и лекови за које је издата дозвола за стављање у промет од стране Агенције за лекове и медицинска средства Србије (у даљем тексту: Агенција).

Члан 2.

Имунизација може бити активна и пасивна.

Активна имунизација спроводи се вакцинацијом, односно ревакцинацијом.

За активну имунизацију против одређених заразних болести употребљавају се вакцине произведене од мртвих или живих, али ослабљених узрочника заразних болести или њихових производа и вакцине добијене на бази генетске технологије.

За пасивну имунизацију употребљавају се специфични имуноглобулини хуманог порекла.

Члан 3.

Вакцинација против једне заразне болести спроводи се давањем појединачне вакцине, а против више заразних болести давањем комбинованих вакцина, или истовременим давањем више вакцина.

Код истовременог давања више инјекционих вакцина, вакцине се дају у различите екстремитете.

Ревакцинација против заразне болести спроводи се давањем једне дозе (бустер) одговарајуће појединачне, односно комбиноване вакцине.

Члан 4.

Размаци између давања две различите мртве или једне мртве и једне живе вакцине нису потребни.

Размак између давања различитих живих вирусних вакцина, уколико се не дају истовремено, мора бити најмање четири недеље, осим оралне полио вакцине која може да се да у било ком размаку или истовремено са другим живим вакцинама.

Размаци између давања две дозе исте вакцине не смеју бити краћи од препоручених минималних интервала између доза.

Пречишћен текст преузет из базе Правно-информационог система Републике Србије

Размаци између давања мртвих вакцина и имуноглобулина нису потребни.

Размаци између давања живих вакцина и имуноглобулина потребни су у следећим случајевима:

1) уколико су трансфузија, деривати крви који садрже антитела или имуноглобулини дати у размаку краћем од 14 дана након давања живе вирусне вакцине, жива вакцина се мора дати поново у предвиђеном размаку након имуноглобулина, осим оралне полио вакцине која се у том случају не мора поновити;

2) ако је дата трансфузија, деривати крви који садрже антитела или имуноглобулин, жива вакцина се може дати најраније после три месеца, а према савету имунолога, осим оралне полио вакцине која може да се да у било ком размаку после давања наведених препарата.

Члан 5.

Активна имунизација против заразних болести спроводи се током целе године.

Активна имунизација спроводи се све док се не имунизују сва лица за која је прописана имунизација, осим лица код којих су утврђене трајне контраиндикације.

Пасивна имунизација спроводи се по индикацијама.

II. КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ

Члан 6.

Епидемија заразне болести против које се спроводи имунизација није контраиндикација за имунизацију лица против те болести.

Епидемија једне заразне болести може бити привремена контраиндикација за спровођење имунизације против других заразних болести (изузев против: беснила, акутног вирусног хепатитиса Б и тетануса, код експонираних и повређених лица), на основу мишљења епидемиолошке службе надлежне здравствене установе која обавља послове јавног здравља основане за територију више општина, односно града и надлежне здравствене установе која обавља послове јавног здравља основане за територију Републике.

Члан 7.

Имунизација против заразних болести не може се спроводити код лица код којих постоје контраиндикације, све док оне постоје.

Контраиндикације за имунизацију појединих лица против заразних болести могу бити опште и посебне, а по трајању – привремене или трајне.

Члан 8.

Опште контраиндикације за активну имунизацију јесу:

1) акутне болести;

2) фебрилна стања;

3) анафилаксија на компоненте вакцине;

4) теже нежељене реакције на претходну дозу вакцине.

Осим контраиндикација из става 1. ове тачке, контраиндикације за живе вирусне вакцине јесу и:

1) стања смањене отпорности (имунодефицијентна стања услед: малигних болести, терапије антиметаболицима, већим дозама кортикостероида, алкилирајућим једињењима или радијацијом и друга утврђена стања имуносупресије);

2) трудноћа.

Контраиндикације не односе се на имунизацију код експонираних и повређених лица против беснила, акутног вирусног хепатитиса Б и тетануса, осим у случају анафилаксије на компоненте вакцине против беснила, акутног вирусног хепатитиса Б и тетануса, када се може дати само специфични имуноглобулин.

Посебне контраиндикације за активну имунизацију наведене су уз сваку имунизацију посебно.

Члан 9.

Привремену контраиндикацију за имунизацију против одређене заразне болести утврђује доктор медицине који спроводи имунизацију, односно под чијим се надзором она спроводи, прегледом лица која се имунизују и увидом у здравствену документацију тих лица.

Постојање привремене контраиндикације уписује се у здравствену документацију и одређује се време и место спровођења одложене имунизације.

Члан 10.

Трајне контраиндикације за примену одређене вакцине код појединих лица одређује Стручни тим за контраиндикације (у даљем тексту: Стручни тим) на захтев доктора медицине који спроводи имунизацију.

Надлежна здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију Републике на предлог епидемиолошке службе здравствене установе која обавља послове јавног здравља основане за територију више општина, односно града одређује чланове Стручног тима из става 1. овог члана, о чему се води посебна евиденција.

Стручни тим се одређује за подручје на којем се налази здравствена установа која обавља послове јавног здравља за територију више општина, односно града.

Стручни тим чине стални чланови:

1) доктор медицине специјалиста епидемиолог – координатор;

2) доктор медицине специјалиста педијатар.

Стручни тим заседа на захтев лекара који спроводи имунизацију и који подноси захтев за утврђивање трајне контраиндикације за спровођење имунизације одређеном вакцином код појединог лица или на захтев надлежне епидемиолошке службе здравствене установе која обавља послове јавног здравља за територију више општина, односно града након истраживања пријављене нежељене реакције.

Захтев из става 5. овог члана лекар подноси на Обрасцу бр. 1, а надлежна епидемиолошка служба на Обрасцу бр. 1А.

Обрасци из става 6. овог члана одштампани су уз овај правилник и чине његов саставни део.

Лекар који подноси захтев за утврђивање трајне контраиндикације за имунизацију одређеном вакцином појединог лица учествује у раду Стручног тима до утврђивања трајне контраиндикације.

На захтев сталних чланова Стручног тима у раду Стручног тима могу учествовати и повремени чланови:

1) доктор медицине специјалиста педијатар;

2) доктор медицине специјалиста неуролог;

3) доктор медицине педијатар, субспецијалиста – неонатолог;

4) доктор медицине интерниста, субспецијалиста – имунолог;

5) доктор медицине и друге специјалности, односно субспецијалности других грана медицине, по потреби.

Члан 11.

Стручни тим утврђује трајну контраиндикацију за имунизацију одређеном вакцином и о томе издаје потврду.

Потврда се издаје ако се утврди постојање трајне контраиндикације за имунизацију против одређене болести одређеном вакцином, или ако се утврди тежа нежељена реакција на претходно дату дозу вакцине.

Потврда из става 1. овог члана издаје се на Обрасцу бр. 2 који је одштампан уз овај правилник и чини његов саставни део.

Потврда Стручног тима уписује се у здравствену документацију пацијента (здравствени картон, картон имунизације, здравствену књижицу и лични картон о извршеним имунизацијама).

Надлежне здравствене установе које обављају послове јавног здравља основана за територију више општина, односно града и надлежна здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију Републике воде евиденцију свих издатих потврда.

III. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ОДРЕЂЕНИХ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

Члан 12.

Имунизација против одређених заразних болести, обухвата:

1) обавезну активну имунизацију лица одређеног узраста;

2) обавезну имунизацију лица експонираних одређеним заразним болестима;

3) активну имунизацију лица по клиничким индикацијама;

4) активну имунизацију путника у међународном саобраћају.

1) Обавезна активна имунизација лица одређеног узраста

1.1. Активна имунизација против туберкулозе

Члан 13.

Вакцинација против туберкулозе спроводи се вакцином добијеном од Bacillus Calmette-Guerin (у даљем тексту: BCG вакцина) код деце у првој години живота с циљем спречавања одређених клиничких облика туберкулозе (туберкулозни менингитис, дисеминовани облици туберкулозе).

Члан 14.

Деца у првој години живота вакцинишу се BCG вакцином приликом отпуштања из породилишта, а деца рођена изван породилишта до навршена два месеца живота.

Деца која нису могла бити вакцинисана у породилишту, односно до навршена два месеца живота морају се вакцинисати до навршених 12 месеци живота.

Члан 15.

Вакцина BCG даје се у дози 0,05 ml интрадермално у предео делтоидног мишића, на споју спољне и унутрашње стране леве надлактице.

Члан 16.

Осим општих контраиндикација из члана 8. овог правилника, за вакцинацију против туберкулозе посебне контраиндикације су поремећаји целуларног имунитета услед ХИВ инфекције и других узрока.

1.2. Активна имунизација против дечије парализе

Члан 17.

Вакцинација против дечије парализе спроводи се код деце од навршена два месеца до навршених **18*** година живота.

*Службени гласник РС, број 25/2013

Члан 18.*

Вакцинација против дечије парализе спроводи се мртвом, инактивисаном полио вакцином (у даљем тексту: ИПВ) или живом оралном полио вакцином (у даљем тексту: ОПВ).*

Вакцинација против дечије парализе започиње кад дете наврши два месеца живота и мора се завршити до шест месеци живота, а најкасније до навршених 12 месеци живота.*

Вакцинација са ИПВ спроводи се са три дозе у размацима који не могу бити краћи од четири недеље или са ОПВ у случају утврђене епидемиолошке индикације, када се може дати у најмање три дозе у размаку од месец дана.*

У случају утврђене епидемиолошке индикације, лице код којег Стручни тим из члана 11. овог правилника утврди постојање трајне контраиндикације за примену ОПВ, односно имунодефицијенције, као и лица из породичног контакта лица код ког је утврђено стање имунодефицијенције, вакцинишу се са три дозе ИПВ.*

*Службени гласник РС, број 25/2013

Члан 19.*

Ревакцинација се спроводи давањем једне дозе ИПВ или ОПВ, осим у случајевима имунодефицијенције када се даје искључиво једна доза ИПВ.*

Прва ревакцинација против дечије парализе спроводи се код деце годину дана од завршетка потпуне вакцинације давањем једне дозе ИПВ.*

Друга ревакцинација против дечије парализе спроводи се давањем једне дозе ОПВ пре уписа у први разред основне школе.*

Трећа ревакцинација против дечије парализе спроводи се давањем једне дозе ОПВ у завршном разреду основне школе, а најкасније до навршених 18 година живота.*

ИПВ се даје интрамускуларно у одговарајућој дози на основу сажетка карактеристика лека и упутства за лек, а ОПВ укапавањем две капи вакцине у уста.*

*Службени гласник РС, број 25/2013

1.3. Активна имунизација против дифтерије, тетануса и великог кашља

Члан 20.

Вакцинација против дифтерије, тетануса и великог кашља започиње кад дете наврши два месеца живота и мора се завршити до навршених шест месеци живота детета, а најкасније до навршених 12 месеци живота.

Ако се из било којих разлога вакцинација из става 1. овог члана не спроведе у року или се не спроведе потпуно, дете ће се вакцинисати у периоду и после навршених 12 месеци, а најкасније до навршених пет година живота детета.

Члан 21.

Потпуна вакцинација против дифтерије, тетануса и великог кашља спроводи се комбинованом вакцином против дифтерије, тетануса и великог кашља (у даљем тексту: **ДТаП*** вакцином), у три дозе.

*Службени гласник РС, број 25/2013

Члан 22.

Размак између две дозе **ДТаП*** вакцине не сме бити краћи од једног месеца.

*Службени гласник РС, број 25/2013

Члан 23.*

Поред општих контраиндикација из члана 8. овог правилника – посебне контраиндикације за вакцинацију против великог кашља су еволутивна неуролошка обољења.*

*Службени гласник РС, број 25/2013

Члан 24.*

Вакцинација против дифтерије и тетануса спроводи се код деце од навршена два месеца до навршених 18 година живота.*

Дете узраста од навршена два месеца до навршених пет година живота код којег се утврди постојање трајне контраиндикације за вакцинацију против великог кашља, вакцинише се комбинованом вакцином против дифтерије и тетануса (у даљем тексту: ДТ вакцина), на начин на који се вакцинише вакцином против дифтерије, тетануса и великог кашља.*

Вакцинација против дифтерије и тетануса деце од навршених пет до навршених седам година живота спроводи се ДТ вакцином.*

Вакцинација против дифтерије и тетануса лица старијих од седам година спроводи се комбинованом вакцином против дифтерије и тетануса за одрасле (у даљем тексту дТ вакцина).*

*Службени гласник РС, број 25/2013

Члан 25.

Вакцинација против дифтерије и тетануса спроводи се и код деце од навршених пет до навршених 18 година живота, ако до тада нису вакцинисана против тих болести, или ако нема доказа да су вакцинисана давањем три дозе комбиноване вакцине, и то: прва доза дТ вакцине даје се одмах, друга доза у размаку не краћем од месец дана од претходне прве дозе вакцине, а трећа доза у размаку не краћем од шест месеци од претходне друге дозе.*

Непотпуно вакцинисани који су раније примили само једну дозу вакцине која садржи компоненте против дифтерије и тетануса, примају недостајуће дозе, до укупно три дозе и то, другу дозу одмах; трећу дозу у размаку не краћем од месец дана од друге дозе.

Непотпуно вакцинисани који су раније примили две дозе вакцине која садржи компоненте против дифтерије и тетануса примају недостајућу трећу дозу одмах.

*Службени гласник РС, број 25/2013

Члан 26.

Вакцинација против тетануса спроводи се и код лица старијих од **18*** година живота, ако до тада нису вакцинисана против те болести, или ако нема доказа о вакцинацији давањем три дозе вакцине против тетануса (у даљем тексту: ТТ вакцина), и то: прва доза даје се одмах, друга доза у размаку не краћем од месец дана, а трећа доза у размаку не краћем од шест месеци од пријема друге дозе вакцине.

Вакцинација против тетануса спроводи се и код лица старијих од **18*** година живота, ако су непотпуно вакцинисана, а примили су једну или две дозе вакцине, давањем недостајућих доза до укупно три дозе.

*Службени гласник РС, број 25/2013

Члан 27.*

Ревакцинација се спроводи годину дана након потпуне вакцинације.*

Прва ревакцинација против дифтерије, тетануса и великог кашља спроводи се једном дозом ДТаП вакцине кад протекне једна година од потпуне вакцинације, а најкасније до навршених пет година живота детета.*

Друга ревакцинација против дифтерије и тетануса спроводи се једном дозом ДТ вакцине пре уписа у први разред основне школе, односно до навршених седам година живота детета.*

Трећа ревакцинација против дифтерије и тетануса спроводи се једном дозом дТ вакцине у завршном разреду основне школе, односно до навршених 18 година живота детета.*

Наредне ревакцинације против тетануса спроводе се једном дозом ТТ вакцине сваких десет година.*

Вакцине против дифтерије, тетануса и великог кашља дају се интрамускуларно у одговарајућој дози на основу сажетка карактеристика лека и упутства за лек.*

Ревакцинација лица из чл. 25. и 26. и члана 42. став 1. тачка 3) спроводи се годину дана након треће дозе одговарајућом вакцином.*

*Службени гласник РС, број 25/2013

1.4. Активна имунизација против малих богиња, заушака и црвенке – рубеоле

Члан 28.

Вакцинација против малих богиња, заушака и црвенке – рубеоле спроводи се код деце од навршених 12 месеци до навршених 14 година живота једном дозом комбиноване живе вакцине против малих богиња, заушака и црвенке – рубеоле (у даљем тексту: ММР вакцине).

Вакцинација ММР вакцином спроводи се кад дете наврши 12 месеци, а мора се спровести најкасније до навршених 15 месеци живота.

Вакцинација против малих богиња ММР вакцином може се започети код деце узраста од шест до 12 месеци живота, уколико епидемиолошка служба здравствене установе која обавља послове јавног здравља основане за територију више општина, односно града утврди постојање епидемиолошке индикације за вакцинацију. Поновна вакцинација ове деце спроводи се једном дозом вакцине у узрасту од навршених 15 до навршена 24 месеца живота.

Ако се из било којих разлога (осим трајних контраиндикација) вакцинација не спроведе у предвиђеном року из става 2. овог члана, дете ће се вакцинисати до навршених 14 година живота.

Ревакцинација против малих богиња, заушака и црвенке – рубеоле спроводи се редовно до навршених седам година живота, односно пре уписа у први разред основне школе, једном дозом ММР вакцине.

Ако се из било којих разлога (осим трајних контраиндикација) ревакцинација не спроведе у предвиђеном року из става 5. овог члана, дете ће се ревакцинисати до навршених 14 година живота.

Вакцина се даје дубоко супкутано, или интрамускуларно у дози од 0,5 ml у делтоидни мишић.

1.5. Активна имунизација против акутног вирусног хепатитиса Б

Члан 29.

Вакцинација против акутног вирусног хепатитиса Б спроводи се вакцином против хепатитиса Б (у даљем тексту: ХБ вакцина) произведеном методом генетског инжењеринга.

Вакцинацијом се обухватају:

1) новорођенчад;

2) невакцинисана деца у 12 години живота, односно у шестом разреду основне школе.

Члан 30.

Вакцинација новорођенчади спроводи се давањем три дозе ХБ вакцине.

Прва доза вакцине, деци која су рођена у породилишту, даје се у породилишту у року до 24 сата по рођењу.

Прва доза вакцине деци која нису рођена у породилишту мора се дати одмах у надлежном дому здравља.

Друга доза вакцине даје се у размаку који не сме бити краћи од месец дана након прве дозе ХБ вакцине.

Трећа доза вакцине даје се у размаку не краћем од шест месеци након прве дозе ХБ вакцине, односно не краћем од два месеца након давања друге дозе.

Вакцинација против акутног вирусног хепатитиса Б мора се завршити најкасније до навршених 12 месеци живота детета.

Непотпуно вакцинисана деца након 12 месеци живота примају недостајуће дозе.

Члан 31.

Новорођенчад и одојчад добијају дозу од 0,5 ml (педијатријска доза ХБ вакцине) интрамускуларно у антеролатерални део натколенице (бедра).

Члан 32.

Вакцинисање деце у 12 години живота, односно у шестом разреду основне школе спроводи се давањем три дозе ХБ вакцине за одрасле (1,0 ml) по шеми 0,1. и 6. месеца, која је препоручена од стране Светске здравствене организације (у даљем тексту: СЗО).

Вакцина се даје дубоко интрамускуларно у делтоидни мишић.

1.6. Активна имунизација против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце типа „Б”

Члан 33.*

Вакцинација против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце типа ,,Б” спроводи се коњугованом вакцином против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип ,,Б” (у даљем тексту: Хиб вакцина) код деце узраста од навршених два месеца живота до навршених пет година живота.*

Вакцинација Хиб вакцином спроводи се од навршена два месеца до навршених шест месеци живота давањем три дозе вакцине.*

Уколико вакцинација Хиб вакцином није започета до навршених шест месеци живота спроводи се давањем две дозе у размаку који не сме бити краћи од месец дана.*

Уколико вакцинација Хиб вакцином није започета до навршених 12 месеци живота, спроводи се давањем једне дозе до навршених пет година живота.*

Уколико је вакцинација извршена са три дозе појединачне вакцине против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип ,,Б”, ревакцинација се не спроводи.*

Уколико је вакцинација извршена са три дозе комбиноване вакцине која у свом саставу има и компоненту против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип ,,Б”, ревакцинација се спроводи давањем једне дозе појединачне вакцине или комбиноване вакцине.*

Ревакцинација се спроводи након годину дана од комплетно спроведене вакцинације, а најкасније до навршених пет година живота.*

Хиб вакцина даје се интрамускуларно у одговарајућој дози на основу сажетка карактеристика лека и упутства за лек.*

*Службени гласник РС, број 25/2013

2) Обавезна имунизација лица експонираних одређеним заразним болестима

2.1. Активна и пасивна имунизација против акутног вирусног хепатитиса Б

Члан 34.

Обавезна вакцинација против акутног вирусног хепатитиса Б спроводи се код свих невакцинисаних и непотпуно вакцинисаних лица у здравственим установама, укључујући и ученике и студенте здравствено-образовне струке, који долазе у непосредан контакт са инфективним материјалом (крв или серум).

Поред лица из става 1. ове тачке, вакцинација против акутног вирусног хепатитиса Б спроводи се, и код:

1) хемофиличара;

2) болесника на дијализи;

3) полних партнера ХБсАг позитивних лица;

4) штићеника установа социјалне заштите;

5) интравенских наркомана;

6) инсулин зависних болесника од шећерне болести;

7) новорођенчади ХБсАг позитивних мајки.

Члан 35.

За вакцинацију деце млађе од десет година даје се педијатријска доза (0,5 ml), а за вакцинацију лица старијих од десет година доза за одрасле (1 ml).

Члан 36.

Вакцинација против акутног вирусног хепатитиса Б спроводи се са три дозе интрамускуларним давањем ХБ вакцине по шеми: 0,1. и 6. месеца.

Вакцинација лица која су имала акцидент са инфективним материјалом и вакцинација новорођенчади ХБсАг позитивних мајки спроводи се са четири дозе по шеми 0, 1, 2. и 12. месеца.

Невакцинисана и непотпуно вакцинисана лица која су имала акцидент са инфективним материјалом (крв или серум) и новорођенчад ХБсАг позитивних мајки обавезно се заштићују и интрамускуларним давањем хепатитис Б имуноглобулина (у даљем тексту: ХБИГ) у количини коју препоручује произвођач, одмах по акциденту, односно рођењу, а најкасније до 12 сати од момента акцидента, односно рођења.

ХБИГ се даје истовремено са првом дозом вакцине, у супротни екстремитет.

Вакцинација пацијената пре ступања на дијализу спроводи се са четири дозе по шеми 0, 1, 2. и 6. месеца давањем двоструке дозе за одређени узраст.

Члан 37.

Ревакцинација се спроводи у случајевима имунодефицијенције и код болесника на дијализи, једном дозом ХБ вакцине, пет година после потпуне вакцинације.

2.2. Активна и пасивна имунизација против беснила

Члан 38.

Активна имунизација против беснила спроводи се савременим инактивисаним вакцинама против беснила за хуману употребу, произведеним на култури ћелија које препоручује СЗО, са потенцијом од најмање 2.5 И.Ј. по појединачној дози.

Пасивна имунизација против беснила спроводи се применом хуманог антирабичког имуноглобулина.

Члан 39.

Преекспозициона вакцинација против беснила спроводи се код лица која су професионално изложена инфекцији вирусом беснила, и то: лабораторијски радници који су непосредно изложени вирусу беснила, ветеринари, ветеринарски техничари, ветеринарски хигијеничари, зоохигијеничари, ловочувари, шумари и препаратори животиња, крзнари (лица која одвајају крзно са лешева животиња и припремају га за даљу употребу) и лица која професионално долазе у контакт са слепим мишевима.

Преекспозициона вакцинација против беснила спроводи се давањем три појединачне дозе вакцине против беснила у делтоидни мишић, наизменично у наспрамну руку, по шеми 0, 7. и 21. дана.

Контрола имунитета је обавезна код преекспозиционо потпуно вакцинисаних у периоду од две до четири недеље након последње дате дозе.

Код лабораторијских радника непосредно изложених вирусу беснила, редовна контрола имунитета спроводи се сваких шест месеци, а код осталих лица професионално изложених вирусу беснила сваких 12 месеци.

Уколико је ниво заштитних антитела мањи од 0.5 И.Ј./ml одређен RFFIT методом (Rapid Fluorescent Focus Inhibition Test) лице се ревакцинише једном дозом вакцине у делтоидни мишић.

Уколико је ниво заштитних антитела већи или једнак 0.5 И.Ј./ml одређен RFFIT методом није потребна ревакцинација.

Члан 40.

Постекспозициона обавезна имунизација против беснила спроводи се код:

1) лица које је угризла или на други начин озледила бесна или на беснило сумњива дивља или домаћа животиња;

2) лица које је угризао пас или мачка непознатог власника, који се не могу држати под десетодневним ветеринарским надзором;

3) лица које је угризао пас или мачка који у току десет дана од дана озледе покажу знаке беснила, угину, буду убијени или одлутају, а беснило животиње се не може искључити лабораторијским прегледом;

4) лице које се могло заразити вирусом беснила преко слузокоже или оштећене коже.

Члан 41.

Имунизација против беснила спроводи се одмах по утврђивању индикације, давањем пет појединачних доза вакцине против беснила у делтоидни мишић а код мале деце у антеролатерални део натколенице, интрамускуларно, наизменично у супротни екстремитет, по шеми: 0, 3, 7, 14. и 28. дана.

Истовремено са давањем прве дозе вакцине против беснила, у свим случајевима, даје се једнократно и хумани антирабијски имуноглобулин (у даљем тексту: ХРИГ) у дози од 20 И.Ј. на килограм телесне масе.

ХРИГ се инфилтрује у рану и око ране, а остатак потребне количине даје се интрамускуларно у глутеалну регију.

ХРИГ се апликује у свим случајевима, без обзира на време протекло од експозиције вирусу беснила.

Потребна количина ХРИГ-а не сме да се прекорачи.

Уколико је постекспозициона имунизација започета давањем само вакцине, накнадно давање ХРИГ-а се може применити најкасније до осмог дана од започете вакцинације.

Контрола имунитета је обавезна код постекспозиционо потпуно вакцинисаних лица у периоду од две до четири недеље након последње дате дозе, и то:

1) код лица озлеђених од животиње код које је беснило утврђено лабораторијским прегледом;

2) код лица озлеђених од животиње код које је на основу анамнестичких података и ветеринарског налаза постављена сумња на беснило;

3) код лица са доказаном имуносупресијом.

Уколико је ниво заштитних антитела мањи од 0.5 И.Ј./ml, одређен RFFIT методом, лице се ревакцинише једном дозом вакцине, а лица са доказаном имуносупресијом ревакцинишу се истовременим давањем две дозе вакцине против беснила, и то у оба делтоидна мишића по једну дозу.

Уколико је ниво заштитних антитела већи или једнак 0.5 И.Ј./ml, одређен RFFIT методом није потребна ревакцинација.

Код лица која су комплетно вакцинисана против беснила применом савремених вакцина против беснила са културе ћелија, у складу са препорукама СЗО, након поновно утврђене индикације из члана 40. овог правилника, спроводи се вакцинација давањем две појединачне дозе вакцине против беснила у делтоидни мишић, по шеми 0. и 3. дана, без давања ХРИГ-а.

Контрола имунитета код лица из става 10. овог члана врши се као и обавезна контрола имунитета код постекспозиционо потпуно имунизованих лица.

Код лица која су некомплетно вакцинисана, или код којих не постоји документација о вакцинацији, или код којих постоји доказана имуносупресија, након поновно утврђене индикације из члана 40. овог правилника, спроводи се комплетна активна и пасивна имунизација у складу са овим чланом.

Истовремено са имунизацијом против беснила спроводи се имунизација против тетануса, у складу са овим правилником.

2.3. Активна и пасивна имунизација против тетануса код повређених лица

Члан 42.

Имунизација против тетануса код повређених лица спроводи се вакцинисањем адсорбованом ТТ вакцином и хуманим антитетанусним имуноглобулином (ХТИГ) на следећи начин:

1) лица која су потпуно вакцинисана и ревакцинисана против тетануса за свој узраст, а од последње дозе до повреде је прошло мање од десет година, не добијају ни вакцину ни ХТИГ;

2) лица која су потпуно вакцинисана и ревакцинисана против тетануса за свој узраст, а од последње дозе до повреде је прошло више од десет година, добијају једну дозу ТТ вакцине и 250И.Ј. ХТИГ, одмах по повређивању;

3) лица која нису вакцинисана, лица која су непотпуно вакцинисана или немају доказе о имунизацији против тетануса, добијају четири дозе: прву дозу ТТ вакцине одмах, другу дозу у размаку не краћем од месец дана, трећу дозу шест месеци након друге дозе, а ревакцинација се врши четвртом дозом, годину дана након треће дозе. Ова лица добијају и ХТИГ са првом дозом вакцине, одмах по повређивању.

Вакцине ТТ и ХТИГ дају се истовремено, интрамускуларно у супротни екстремитет.

3) Активна имунизација по клиничким индикацијама

3.1. Активна имунизација против грипа

Члан 43.

Вакцинација против грипа спроводи се инактивисаном вакцином против грипа справљеном од целих вируса или СПЛИТ вакцином која садржи делове вируса одговорне за имунитет.

Према клиничким индикацијама, вакцинација се спроводи код свих лица старијих од шест месеци са хроничним поремећајима плућног и кардиоваскуларног система и са метаболичким поремећајима (укључујући шећерну болест), бубрежном дисфункцијом, хемоглобинопатијом, имуносупресијом и др.

Према епидемиолошким индикацијама вакцинација се спроводи:

1) код лица смештених у геронтолошким центрима и код лица запослених у геронтолошким центрима;

2) код деце, омладине и старих лица смештених у установама социјалне заштите и код лица запослених у тим установама;

3) код лица запослених у објектима у којима се обавља здравствена делатност, а нарочито у одељењима са повећаним ризиком, стационарима за хронично оболела лица и др;

4) код лица запослених у јавним службама посебно експонираних инфекцији;

5) код лица старијих од 65 година живота.

Члан 44.

За заштиту деце узраста од навршених шест месеци до навршених осам година живота користи се искључиво СПЛИТ вакцина.

Деца која се први пут вакцинишу добијају две дозе вакцине у размаку од 30 дана, а наредних година само по једну дозу вакцине.

Деца од навршених шест месеци до навршене три године живота добијају 0,25 ml СПЛИТ вакцине, а деца узраста од навршене три до навршених осам година живота добијају дозу за одрасле (0,5 ml).

Сва лица старија од осам година живота вакцинишу се само једном дозом целовирусне или СПЛИТ вакцине (0,5 ml).

Вакцина се даје интрамускуларно или дубоко супкутано у делтоидну регију.

3.2. Активна имунизација против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце типа „Б”

Члан 45.

Вакцинација, против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце типа „Б” спроводи се Хиб вакцином, према клиничким индикацијама, код деце старије од две године живота без обзира на претходни вакцинални статус, у случајевима:

1) трансплантације органа и ткива;

2) спленектомије и српасте анемије;

3) хемиотерапије и терапије зрачењем код малигних тумора;

4) симптоматске и асимптоматске ХИВ инфекције;

5) код других клинички утврђених имунодефицијенција.

Вакцинација се спроводи са једном дозом вакцине:

1) у периоду 14 и више дана пре планиране трансплантације, елективне спленектомије, терапије зрачењем или хемиотерапије код малигних тумора;

2) код асимптоматске ХИВ инфекције.

Вакцинација се спроводи са две дозе вакцине у размаку не краћем од месец дана у следећим случајевима:

1) после извршене трансплантације органа и ткива у току имуносупресивне терапије, а према савету имунолога;

2) кад слезина није у функцији или 14 и више дана после извршене спленектомије;

3) српасте анемије;

4) у току хемиотерапије или терапије зрачењем малигних тумора;

5) симптоматске ХИВ инфекције;

6) код других клинички утврђених имунодефицијенција.

3.3. Активна имунизација против обољења изазваних стрептококусом пнеумоније (пнеумококом)

Члан 46.*

Вакцинација против обољења изазваних стрептококусом пнеумоније (пнеумококом) врши се коњугованом или полисахаридном вакцином по клиничким индикацијама, у следећим случајевима:*

1) анатомске или функционалне аспленије;*

2) српасте анемије;*

3) хроничне кардиоваскуларне и плућне болести;*

4) шећерне болести;*

5) хроничног обољења јетре;*

6) хроничног обољења бубрега;*

7) нефротског синдрома;*

8) алкохолизма;*

9) симптоматске и асимптоматске ХИВ инфекције;*

10) трансплантације органа и ткива;*

11) малигног обољења;*

12) уградње кохлеарног имплантата;*

13) лица старијих од 65 година у колективном смештају;*

14) других утврђених имунодефицијенција.*

Вакцинација се спроводи од навршена два месеца до навршених шест месеци живота давањем три дозе коњуговане вакцине.*

Уколико вакцинација није започета до навршених шест месеци живота спроводи се давањем две дозе коњуговане вакцине у размаку који не сме бити краћи од месец дана.*

Уколико вакцинација није започета до навршених 12 месеци живота спроводи се давањем једне дозе коњуговане вакцине до навршених пет година живота.*

Уколико вакцинација није започета код деце до навршених пет година живота, као и код одраслих, спроводи се давањем једне дозе полисахаридне вакцине.*

*Службени гласник РС, број 25/2013

Члан 47.*

Ревакцинација се спроводи давањем једне дозе полисахаридне вакцине три године након вакцинације код деце узраста до навршених десет година, односно пет година након вакцинације код деце од навршених десет година и одраслих, уколико и даље постоје клиничке индикације.*

*Службени гласник РС, број 25/2013

Члан 48.*

Коњугована вакцина даје се интрамускуларно у дози од 0,5 ml у делтоидну регију или антеролатерални део феморалне регије у зависности од узраста.*

Полисахаридна вакцина даје се интрамускуларно или субкутано у дози од 0,5 ml у делтоидну регију.*

*Службени гласник РС, број 25/2013

3.4. Активна имунизација против менингококног менингитиса

Члан 49.

Вакцинација против менингококног менингитиса спроводи се полисахаридном вакцином по клиничким индикацијама код деце старије од две године и код одраслих.

Члан 50.

Клиничке индикације за примену вакцине против менингококног менингитиса јесу:

1) анатомска и функционална аспленија (спленектомија, српаста анемија);

2) имунодефицијенција комплемента (C5-C9).

Члан 51.

Вакцинација се спроводи давањем једне дозе полисахаридне вакцине против менингококног менингитиса одмах по утврђивању индикације.

Ревакцинација се спроводи у размаку не краћем од три године од извршене вакцинације у случају да индикације и даље постоје.

Ревакцинација полисахаридном вакцином може се спроводити и уколико је особа претходно вакцинисана коњугованом вакцином.

Вакцина против менингококног менингитиса даје се супкутано у дози од 0,5 ml у делтоидну регију.

Брисан је назив одељка "3.5. Активна имунизација против великог кашља" (види члан 15. Правилника - 25/2013-36)

Члан 52.

Брисан је (види члан 15. Правилника - 25/2013-36)

3.6. Имунизација против других заразних болести

Члан 53.

Имунизација против других заразних болести које нису наведене у чл. 12–52. овог правилника, спроводи се у складу са чланом 1. став 2. овог правилника и у складу са препорукама СЗО.

4) Активна имунизација путника у међународном саобраћају

Члан 54.

Путници у међународном саобраћају вакцинишу се ако путују у земље које захтевају одређену вакцинацију и према епидемиолошким индикацијама, у складу са Међународним здравственим правилником против следећих болести:

1) жуте грознице;

2) менингококног менингитиса;

3) трбушног тифуса;

4) колере;

5) дифтерије;

6) других заразних болести (акутног вирусног хепатитиса Б, беснило, тетанус, малих богиња и др).

IV. ХЕМИОПРОФИЛАКСА ОДРЕЂЕНИХ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

1. Хемиопрофилакса туберкулозе

Члан 55.

Одлука о хемиопрофилакси туберкулозе доноси се уз консултацију са лекаром пнеумофтизиологом.

Хемиопрофилакса туберкулозе спроводи се:

1) код деце из блиског контакта са оболелим од директно позитивне туберкулозе или тешких облика плућне туберкулозе;

2) код ХИВ позитивних особа и других стања имуносупресије.

Хемиопрофилакса се спроводи:

1) изонијазидом и рифампицином у трајању од три месеца;

2) само изонијазидом током шест месеци;

3) само изонијазидом током 12 месеци код ХИВ позитивних лица или лица која имају друга стања имуносупресије према стратегији директно опсервиране краткотрајне терапије туберкулозе (DOTS), у складу са препорукама СЗО.

2. Хемиопрофилакса маларије

Члан 56.

Хемиопрофилакса маларије спроводи се код лица пре одласка, за време боравка и по повратку из земље, односно подручја у којима постоји ендемија маларије.

У складу са препорукама СЗО здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију Републике благовремено доставља свим здравственим установама које обављају послове јавног здравља основаним за територију више општина, односно града за лечење маларије препоруке за избор врсте и дозирање лекова за хемиопрофилаксу маларије.

3. Хемиопрофилакса других заразних болести

Члан 57.

Хемиопрофилакса других заразних болести спроводи се, по епидемиолошким индикацијама, код лица изложених тим заразним болестима, а на основу препорука епидемиолошке службе здравствене установе која обавља послове јавног здравља за територију више општина, односно града.

V. ПРИЈАВА НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

Члан 58.

Нежељена реакција после имунизације је медицински инцидент који се догодио после извршене имунизације и може се повезати са применом имунобиолошког препарата.

Лекар који утврди постојање нежељене реакције после имунизације сваки појединачни случај одмах пријављује (телефоном, факсом, електронским путем) епидемиолошкој служби здравствених установа које обављају послове јавног здравља основаним за територију више општина, односно града, и истовремено им доставља пријаву и на Обрасцу бр. 3 који је одштампан уз овај правилник и чини његов саставни део.

Здравствена установа, чији је лекар утврдио постојање нежељене реакције после имунизације, доставља пријаву о нежељеном дејству и Агенцији у складу са законом.

Здравствене установе које обављају послове јавног здравља основане за територију више општина, односно града копију пријаве обрасца из става 2. овог члана подносе здравственој установи која обавља послове јавног здравља за територију Републике.

Епидемиолошка служба здравствене установе која обавља послове јавног здравља основане за територију више општина, односно града истражује пријављену нежељену реакцију или сумњу на нежељену реакцију, уколико припада некој од следећих категорија:

1) апсцес на месту апликације (инјекције);

2) лимфаденитис после давања BCG вакцине;

3) случај смрти за који постоји сумња или здравствени радник сматра да је у вези са имунизацијом;

4) поремећај здравственог стања за који постоји сумња или здравствени радник сматра да је у вези са имунизацијом;

5) по здравље опасна или неочекивана нежељена реакција за коју се сматра у јавности или од стране здравственог радника да је у вези са имунизацијом.

Све нежељене реакције из става 5. овог члана морају се проверити одмах, а најкасније 48 сати по пријави.

Документацију о спроведеном истраживању нежељене реакције надлежна епидемиолошка служба доставља Стручном тиму из члана 10. овог правилника.

Стручни тим доноси закључак о утврђеној тежој нежељеној реакцији после имунизације појединих лица одређеном вакцином (у даљем тексту: закључак) на Обрасцу бр. 4 који је одштампан уз овај правилник и чини његов саставни део.

Закључак Стручног тима доставља се надлежном доктору медицине који је пријавио нежељену реакцију после имунизације.

Закључак Стручног тима здравствене установе која обавља послове јавног здравља основане за територију више општина, односно града доставља се здравственој установи која обавља послове јавног здравља основаној за територију Републике.

Здравствена установа која обавља послове јавног здравља за територију Републике доставља извештај о истраживању случаја нежељене реакције произвођачу имунобиолошког препарата, односно носиоцу дозволе за стављање лека у промет у Републици Србији и Агенцији, на Обрасцу бр. 5 који је одштампан уз овај правилник и чини његов саставни део.

VI. УСЛОВИ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ И ХЕМИОПРОФИЛАКСЕ ПРОТИВ ОДРЕЂЕНИХ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

Члан 59.

Имунизацију, као и заштиту лековима, организују и спроводе надлежне здравствене установе и здравствени радници према утврђеном плану имунизације, а према стручном-методолошком упутству у складу са Законом.

Члан 60.

Планове имунизације за наредну годину здравствене установе из члана 59. овог правилника достављају заводима за јавно здравље до **15. јуна*** текуће године, а здравствене установе које обављају послове јавног здравља за територију више општина, односно града достављају обједињене планове за територију своје надлежности до **1. јула*** текуће године, здравственој установи која обавља послове јавног здравља за територију Републике.

Обједињени план потреба у вакцинама и имунобиолошким препаратима за наредну годину здравствена установа која обавља послове јавног здравља за територију Републике доставља Републичком заводу за здравствено осигурање и Министарству здравља до **15. јула*** текуће године.

На основу обједињеног плана врши се централизовано снабдевање свих вакцина и имунобиолошких препарата.

Здравствена установа која обавља послове јавног здравља за територију Републике, односно здравствене установе које обављају послове јавног здравља за територију више општина, односно града требују вакцине квартално и дистрибуирају их до здравствених установа које спроводе имунизацију на територији своје надлежности.

*Службени гласник РС, број 63/2013

Члан 61.

Надлежне здравствене установе које спроводе имунизацију извештавају епидемиолошке службе надлежних здравствених установа које обављају послове јавног здравља за територију више општина, односно града о спроведеној имунизацији и утрошку вакцина и имунобиолошких препарата у складу са стручно-методолошким упутством.

Обрађене извештаје у електронском облику о спроведеној имунизацији и утрошку вакцина и имунобиолошких препарата, здравствене установе које спроводе имунизацију достављају епидемиолошким службама надлежних здравствених установа које обављају послове јавног здравља за територију више општина, односно града квартално до 15. дана првог месеца следећег квартала, а здравствене установе које обављају послове јавног здравља за територију више општина, односно града обједињене извештаје о спроведеној имунизацији и утрошку вакцина достављају здравственој установи која обавља послове јавног здравља основане за територију Републике квартално, до краја првог месеца следећег квартала.

Здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију Републике доставља обједињене кварталне извештаје о спроведеној имунизацији и о утрошку вакцина и имунобиолошких препарата Републичком заводу за здравствено осигурање и Министарству здравља.

Годишње извештаје о спроведеној имунизацији и утрошку вакцина и имунобиолошких препарата надлежне здравствене установе достављају надлежним заводима за јавно здравље до 20. јануара наредне године за претходну годину.

Здравствене установе које обављају послове јавног здравља за територију више општина, односно града обједињене извештаје о спроведеној имунизацији и утрошку вакцина достављају здравственој установи која обавља послове јавног здравља основаној за територију Републике до 20. фебруара наредне године за претходну годину.

Здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију Републике доставља годишње извештаје о спроведеној имунизацији и о утрошку вакцина и имунибиолошких препарата свим здравственим установама које обављају послове јавног здравља за територију више општина, односно града, Републичком заводу за здравствено осигурање и Министарству здравља до 1. априла наредне године за претходну годину.

Члан 62.

Вакцине и други имунобиолошки препарати морају се транспортовати и чувати до њихове употребе под условима које је утврдио произвођач, придржавајући се принципа хладног ланца уз обезбеђивање индикатора температурних услова приликом њихове испоруке.

Доказ о адекватним условима транспорта и чувања вакцине и имунобиолошког препарата је постојање овереног записа о надзору температуре, а у складу са стручно-методолошким упутством.

Члан 63.

За имунизацију вакцинама које се дају парентерално, употребљавају се аутодеструктивни шприцеви или шприцеви и игле за једнократну употребу.

Члан 64.

Прибор који је употребљен у току имунизације (бризгалице, игле, вата, празне бочице од имунобиолошког препарата), као и бочице имунобиолошког препарата које нису испражњене, али више нису за употребу из било којег разлога, треба прикупљати у наменске контејнере у складу са прописима о безбедној имунизационој пракси и уништити са осталим медицинским отпадом у складу са прописима о безбедном уништавању медицинског отпада.

Члан 65.

Приликом спровођења имунизације вакцинама и имунобиолошким препаратима које се дају парентерално мора бити обезбеђена антишок терапија (ампуле адреналина, кортизонског препарата са брзим деловањем и антихистаминског препарата).

Члан 66.

Имунизацију против туберкулозе и давање прве дозе вакцине против акутног вирусног хепатитиса Б, новорођенчади рођене у породилишту, као и код новорођенчади ХБсАг позитивних мајки и давање ХБИГ, спроводе породилишта.

Имунизацију против туберкулозе и давање прве дозе вакцине против хепатитиса Б, новорођенчади рођене ван породилишта, спроводе надлежне здравствене установе.

Члан 67.

Надлежне здравствене установе – породилишта, при отпуштању из породилишта, достављају податке о сваком живорођеном детету дому здравља на чијој територији родитељи детета имају пребивалиште.

Подаци који се достављају јесу име и презиме родитеља, место и адреса пребивалишта родитеља и датум о извршеној имунизацији новорођенчета против туберкулозе, као и датум давања прве дозе вакцине против хепатитиса Б, а код новорођенчади ХБсАг позитивних мајки и датум давања ХБИГ.

Члан 68.

Надлежне здравствене установе које спроводе имунизацију воде евиденцију у Картону имунизације на Обрасцу бр. 6 који је одштампан уз овај правилник и чини његов саставни део.

Установе из става 1. овог члана, на основу евиденција у Картону имунизације, издају и Лични картон о извршеној имунизацији на Обрасцу бр. 7. који је одштампан уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 69.

Ради постизања потребног колективног имунитета становништва, неопходно је проверити вакцинални статус на следећи начин:

1) приликом сваке посете доктору медицине;

2) приликом уписа у све врсте предшколских установа;

3) приликом уписа у све врсте школа, од основне школе до високообразовних установа;

4) приликом пријема у Војску;

5) приликом повреде у смислу чл. 38–41. и члана 42. овог правилника;

6) приликом пријема деце и омладине на болничко лечење;

7) на захтев надлежне здравствене установе и у другим случајевима;

8) код замене личне карте после 30 године живота подношењем доказа о спроведеној вакцинацији против тетануса;

9) код жена генеративног доба (15 до 45 година) при посети гинеколошким службама провером вакциналног статуса против тетануса;

10) серолошким истраживањима у популацији.

Провера вакциналног статуса врши се на основу упоређења приложене документације о свим претходним имунизацијама, по основу Личног картона о извршеним имунизацијама или извода из Картона имунизације, са Календаром обавезне имунизације лица одређеног узраста.

Календар обавезне имунизације лица одређеног узраста садржи стручно препоручени узраст лица, односно време када се дају одговарајући имунобиолошки препарати, тј. када се врши обавезна имунизација лица одређеног узраста.

Образац бр. 8 – Календар обавезне имунизације лица одређеног узраста одштампан је уз овај правилник и чини његов саставни део.

VII. ЗАВРШНА ОДРЕДБА

Члан 70.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

ОДРЕДБЕ КОЈЕ НИСУ УНЕТЕ У "ПРЕЧИШЋЕН ТЕКСТ" ПРАВИЛНИКА

Правилник о изменама и допунама Правилника о имунизацији и начину заштите лековима: "Службени гласник РС", број 25/2013-36

Члан 17.*

Имунизација лица код којих је започета вакцинација у складу са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима („Службени гласник РС”, број 11/06) и Правилником о изменама Правилника о имунизацији и начину заштите лековима („Службени гласник РС”, број 65/14) спроводи се до потпуне вакцинације на начин прописан тим правилницима.*

Комбинована петовалентна вакцина (DTaP-IP-Hib) примењује се и за примовакцинацију деце код које је вакцинација из медицинских разлога одложена, као и код деце код које је вакцинација већ започета комбинованом петовалентном вакцином.*

*Службени гласник РС, број 32/2015

Члан 18.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”, а примењује се од 1. јануара 2015. године, изузев одредаба чл. 12–14 које се примењују од 18. новембра 2013. године*.**

*Службени гласник РС, број 99/2013

**Службени гласник РС, број 65/2014

Образац бр. 1

СТРУЧНОМ ТИМУ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ЗА ИМУНИЗАЦИЈУ ОДРЕЂЕНОМ ВАКЦИНОМ ЗА ТЕРИТОРИЈУ

Здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију више општина, односно града _____

ЗАХТЕВ
ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ВАКЦИНОМ: _____

1) СЛЕДЕЋЕГ ПАЦИЈЕНТА:

_____

(презиме) (име родитеља) (и име)

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Ⓜ Ⓖ

(датум рођења) (ЈМБГ) (пол : заокружити)

_____

(Улица и број) (место и општина становања)

Картон имунизације број: _____ ,

Здравствени картон број: _____ ,

Здравствена књижица број: _____ .

2) ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА:

Лекар :_____ ,_____

(Презиме и име лекара који спроводи имунизацију) (контакт телефон)

_____ , _____

(здравствена установа у којој је запослен) (вакцинални пункт)

_____ , _____

(адреса установе) (телефон - факс)

3) ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ЗАХТЕВА:

- **Разлог за подношење захтева утврђен је дана:_____, у _____часова.**
- **Захтева се подноси због следећег:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

НАПОМЕНА о утврђеним дијагностичким налазима: _____

_____

_____

_____

_____

У_____, Заведено под бројем : _____

Датум подношења захтева : _____ _____

ПОТПИС И ФАКСИМИЛ ЛЕКАРА

МП

Образац бр.1/А

СТРУЧНОМ ТИМУ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ЗА ПРИМЕНУ ОДРЕЂЕНЕ ВАКЦИНЕ, ОБРАЗОВАНОГ ЗА ТЕРИТОРИЈУ

Здравствена установа која обавља послове јавног здравља од значаја за територију више општина, односно града _____

ЗАХТЕВ
ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТЕЖЕ НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ВАКЦИНОМ: _____

1) СЛЕДЕЋЕГ ПАЦИЈЕНТА:

_____

(презиме) (име родитеља) (и име)

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ М ☐ Ж

(датум рођења) (ЈМБГ) (пол : заокружити)

_____

(Улица и број) (место и општина становања)

Картон имунизације број: _____,

Здравствени картон број: _____,

Здравствена књижица број: _____.

2) ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА:

Епидемиолошка служба Завода за јавно здравље _____

_____, _____

(адреса установе) (телефон - факс)

3) ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ЗАХТЕВА:

1. Пријава нежељене реакције број:_____ од _____, коју је поднео лекар: _____.
2. Односно разлог је (кад није поднета Пријава) : _____

_____

_____утврђен дана: _____.
3. Нежељена реакција (односно сумња на нежељену реакцију) је следеће категорије: _____.
4. Провера нежељене реакције извршена је дана: _____.
5. Документација о спроведеном истраживању нежељене реакције је следећа:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

У _____, Заведено под бројем: _____

Датум подношења захтева: _____

_____

(Потпис и факсимил овлашћеног лекара)

МП

Образац бр. 2

_____
(Здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију више општина, односно града)

СТРУЧНИ ТИМ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ЗА ИМУНИЗАЦИЈУ ОДРЕЂЕНОМ ВАКЦИНОМ

ПОТВРДА БРОЈ:_____/ 20__ __ . дана: _____

_____
(МЕСТО)

Поступајући по захтеву, број: _____ , од _____

који је поднео лекар : _____, запослен у
(презиме и име лекара који спроводи имунизацију)

_____ , _____ ,
(здравствена установа) (вакцинални пункт)

за утврђивање трајне контраиндикације за имунизацију _____

(назив вакцине)

вакцином следећег пацијента:

_____
(презиме) (име родитеља) (и име)

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Ⓜ Ⓖ
(датум рођења) (ЈМБГ) (пол : заокружити)

_____
(Улица и број) (место и општина становања)

Картон имунизације број: _____ ,
Здравствени картон број: _____ ,
Здравствена књижица број: _____ .

при чему су наведени следећи разлози и приложена следећа документација:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____ ,

Стручни тим за утврђивање трајне контраиндикације за имунизацију одређеном вакцином образован за подручје здравствене установе која обавља послове јавног здравља основане за територију више општина, односно града

_____ издаје

ПОТВРДУ

1. о постојању **2. о непостојању**

трајне контраиндикације за имунизацију

_____

(презиме) (име родитеља) (и име)

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ М Ж

(датум рођења) (ЈМБГ) (пол : заокружити)

СЛЕДЕЋОМ ВАКЦИНОМ: _____.

Образложење

Стручни тим даје следеће образложење о постојању, односно непостојању трајне контраиндикације за имунизацију

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

СТАЛНИ ЧЛАНОВИ:

1. **ЕПИДЕМИОЛОГ КООРДИНАТОР ИМУНИЗАЦИЈЕ**

_____
(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)

2. **ЛЕКАР КОЈИ ЈЕ ПОДНЕО ЗАХТЕВ**

_____
(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)

3. **ПЕДИЈАТАР**

_____
(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)

ПОЗВАНИ ЧЛАНОВИ:

4._____
_____
(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)

5._____
_____
(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)

6._____
_____
(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)

Образац бр. 3

ПРИЈАВА НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

Подносилац пријаве:	Здравствена установа којој се доставља пријава:
Здравствена установа: _____ _____ Лекар: _____ Телефон: _____ Факс: _____ Датум: _____, Потпис: _____	_____ _____ Епидемиолошкој служби Адреса: _____ Телефон / факс: _____

I. ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ И НЕЖЕЉЕНИМ РЕАКЦИЈАМА

1.Иницијали (шифра)	1а. Дужина	2. Датум рођења			2.1.Телесна маса у кг	3. Пол	4-6. Време када су се реакције појавиле			8-12. Исход нежељених реакција ☐ Смрт ☐ Укључена или продужена хоспитализација ☐ Трајно оштећење или инвалидност ☐ Животна угроженост ☐ Конгенитална аномалија ☐ Опорезак ☐ Никакит
		Дан	Месец	Година		☐М ☐Ж	Дан	Месец	Година	
7 – 13. ОПИС НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА (укључујући релевантна испитивања и лабораторијске анализе):										

II. ПОДАЦИ О СУСПЕКТНОМ ИМУНОБИОЛОШКОМ ПРЕПАРАТУ

14. ИМУНОБИОЛОШКИ ПРЕПАРАТ ЗА КОЈИ СЕ СУМЊА ДА ЈЕ УЗРОКОВАО НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ (мантећени назив, ИНН, облик и јачина):	
15. ДОЗА ПО РЕДУ:	16. НАЧИН ПРИМЕНЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА:

III. ПОДАЦИ О ИСТОВРЕМЕНО КОРИШЋЕНИМ ЛЕКОВИМА

17. ИСТОВРЕМЕНО КОРИШЋЕНИ ЛЕКОВИ, ИНДИКАЦИЈЕ, РЕЖИМ ДОЗИРАЊА И ДАТУМ ПРИМЕНЕ, од-до (лекови коришћени за контролу реакције се не наводе):
18. ДРУГА РЕЛЕВАНТНА СТАЊА (нпр. друга болеста, алергија, трудноћа са последњим месецом менструације, итд.):

ОСТАЛИ ПОДАЦИ

19 а. НАЗИВ И АДРЕСА ПРОИЗВОЂАЧА ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА, ВОСИЛАЦ ДОЗВОЛЕ ЗА СТАВЉАЊЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА У ПРОМЕТ:	19 б. БРОЈ СЕРИЈЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА:	(КОД КЛИНИЧКЕ СТУДИЈЕ НАВЕСТИ БРОЈ ПРОТОКОЛА, БРОЈ ОДОБРЕЊА И НАЗИВ):
19 ц. ДАТУМ КАДА ЈЕ ПРОИЗВОЂАЧ, ВОСИЛАЦ ДОЗВОЛЕ ЗА СТАВЉАЊЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА У ПРОМЕТ ДОБИО ОВУ ПРИЈАВУ:	24 д. ИЗВОР ПОДАТАКА: ☐ КЛИНИЧКА СТУДИЈА ☐ ЛИТЕРАТУРА ☐ ЗДРАВСТВЕНИ СТРУЧЊАК ☐ ОСТАЛО	
ДАТУМ ДОСТАВЉАЊА ОВЕ ПРИЈАВЕ АГЕНЦИЈИ:	25 в. ВРСТА ПРИЈАВЕ ☐ ПРВА ☐ НАРЕДНА	

Образац бр. 4

_____

(Здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију више општина, односно града)

СТРУЧНИ ТИМ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ЗА ИМУНИЗАЦИЈУ ОДРЕЂЕНОМ ВАКЦИНОМ

ЗАКЉУЧАК БРОЈ:_____/20__ __ , дана:_____

_____
(место)

Поступајући по захтеву, број: _____, од _____

који је поднео стручни тим Здравствене установе која обавља послове јавног здравља основане за територију више општина, односно града _____,

_____,
(адреса установе) (телефон - факс)

за утврђивање теже нежељене реакције после имунизације _____

(назив вакцине)

вакцином следећег иницијента:

_____
(презиме) (име родитеља) (и име)

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ М Ж

(датум рођења) (ЈМБГ) (пол : заокружити)

_____
(Улица и број) (место и општина становања)

Картон имунизације број: _____;
Здравствени картон број: _____,
Здравствена књижица број: _____.

при чему су наведени следећи разлози и приложена следећа документација:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____,

Стручни тим за утврђивање трајне контраиндикације за имунизацију одређеном вакцином образован за подручје надлежне здравствене установе _____ доноси

ЗАКЉУЧАК

1. о утврђеној **2. о неутврђеној**

тешкој нежељеној реакцији код пацијента

_____

(презиме) (име родитеља) (и име)

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ М Ж

(датум рођења) (ЈМБГ) (пол : заокружити)

после имунизације СЛЕДЕЋОМ ВАКЦИНОМ: _____.

Образложење

Стручни тим даје следеће образложење о утврђеној, односно неутврђеној тешкој нежељеној реакцији

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

СТАЛНИ ЧЛАНОВИ: **ПОЗВАНИ ЧЛАНОВИ:**

4. КИПИДЕМИОЛОГ КООРДИНАТОР ИМУНИЗАЦИЈЕ 4._____

_____ _____

(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ; ПОТПИС И ФАКСИМИЛ) (ПРЕЗИМЕ И ИМЕ; ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)

5. ЛЕКАР КОЈИ ЈЕ ПОДНЕО ЗАХТЕВ 5._____

_____ _____

(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ) (ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)

6. ПЕДИЈАТАР 6._____

_____ _____

(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ) (ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)

Образац бр. 5

Систем извештавања о нежељеним реакцијама на вакцине, односно имунобиолошке препарате
ИЗВЕШТАЈ О ИСТРАЖИВАЊУ СЛУЧАЈА НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ НА ВАКЦИНУ, ОДНОСНО ИМУНОБИОЛОШКИ ПРЕПАРАТ

Извештач _____ Контакт телефон _____ Специјалност _____ Потпис _____ Датум _____	**Агенција за лекове и медицинска средства** Национални центар за фармаковигиланцу Војводе Степе 458, 11152 Београд, Р Србија **Здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију Републике** Центар за контролу заразних болести Др Суботића 5, 11000 Београд, Р Србија

I. ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ И НЕЖЕЉЕНИМ РЕАКЦИЈАМА

(Идентитет пацијента држати у тајности!)

1. Иницијали шифра	1.а Дажава	2. Датум рођења			3. Пол		4. Време када су се реакције појавиле		
		Дан	Месец	Година	Женски	Мушки	Дан	Месец	Година

7-13 Опис нежељених реакција (укључујући испитивања и лабораторијске анализе)

а) Описати знаке и симптоме који су се појавили после вакцинације и терапију

б) Време када је вакцинација извршена(што је могуће прецизније)
Дан

Месец
Година
Време:

б) Колико времена после вакцинације су се појавили први симптоми (што је могуће прецизније)
Минута

Сати
Дана
Месеци

8-12 Исход нежељених реакција (уписати све)

- ☐ Смрт
- ☐ Хоспитализација
- ☐ Трајно оштећење
- ☐ Животна угроженост
- ☐ Конгенитална аномалија
- ☐ Опоравак
- ☐ Непознат

II. ПОДАЦИ О СУСПЕКТНОЈ ВАКЦИНИ, ОДНОСНО ИМУНОБИОЛОШКОМ ПРЕПАРАТУ

14. Суспектна вакцина (заштићено име)	15. Произвођач	16. Број серије, односно рок употребе
_____	_____	_____

17. Датум примене вакцине	18. Доза (количина дате вакцине)	19. Начин давања ИМ СЦ ИД Орал друго_____
20. Број претходних доза и датум када су дате		21. Да ли је код пацијента било појаве неких симптома болести после примене претходних доза

III. ПОДАЦИ О ИСТОВРЕМЕНО КОРИШЋЕНИМ ВАКЦИНАМА, ИМУНОБИОЛОШКИМ ПРЕПАРАТИМА ИЛИ ЛЕКОВИМА

22.Истовремено коришћене вакцине, имунобиолошки препарати или лекови (искључују се они који су коришћени за третман нежељене реакције)

Заштићено име	Произвођач	Број серије	Доза	Начин давања	Датум /период давања
1.					
2.					
3.					

IV. ПОДАЦИ ОД ЗНАЧАЈА ЗА ПОЈАВУ НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ

23.Породична анамнеза, алергије, трудноћа са датумом последње менстр. Итд.

V. ОСТАЛИ ПОДАЦИ

24а.Назив и адреса произвођача сумњиве вакцине, имунобиолошког препарата		(Код клиничке студије навести број протокола, број одобрења и назив):
24ц. Датум када је произвођач добио пријаву нежељене реакције	**24б. Број серије вакцине, препарата**	
	Извор података: ☐ Клиничка студија ☐ Здравствени стручњак ☐ Остало (навести)_____	
Датум достављања пријаве Агенцији за лекове и медицинска средства _____	**25. Врста пријаве** ☐ Прва ☐ Наредна	

Образац бр. 6

КАРТОН ИМУНИЗАЦИЈЕ бр(ј): _____ ЗДРАВСТВЕНИ КАРТОН бр(ј): _____

ДОМ ЗДРАВЉА_____ Амбуланта пункт у : _____

ПРЕЗИМЕ_____ ИМЕ РОДИТЕЉА_____ ИМЕ_____ ПОЛ_____

ДАТУМ РОЂЕЊА _____ ЈМБГ _____ МЕСТО РОЂЕЊА_____

АДРЕСА СТАНОВАЊА _____ МЕСТО_____ ОПШТИНА_____ ТЕЛ_____

ШКОЛА_____ , РАЗРЕД _____ , одсек _____

ОСНОВ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА_____ ; ЗДРАВСТВЕНА КЊИЖИЦА бр(ј): _____

При давању имунизације проверити дете и упоредити податке са подацима у матичној књизи рођених/Проверити /картон/имунизациони статус приликом сваког доласка.

ОБАВЕЗНО Уписати сваку дату вакцинацију у сва одговарајућа поља у овој картон, личној књизи и одговарајућој евиденцији, здравственој књижици и здравственом картону.

ВАКЦИНАЦИЈА ПРОТИВ	ВАКЦИНА (комерцијални називи)	ДАТУМ ДАВАЊА ВАКЦИНЕ	НАЧИН ДАВАЊА ВАКЦИНЕ*	ЕКСТРЕМИТЕТ [1] (уписати ДР,ДР,ЛН,ЛН)	СЕРИЈА ВАКЦИНЕ (ЛОТ)	ПРОИЗВОЂАЧ	НЕЖЕЉЕНА РЕАКЦИЈА (уписати ДА - НЕ)**	ПОТПИС ЛЕКАРА
ТУБЕРКУЛОЗЕ			ИД					
ДИФТЕРИЈЕ, ТЕТАНУСА, ВЕЛИКОГ КАШЉА[2] (ДТК, ДТаК, ДТ, аТ, ТТ, у оквиру других комбинованих вакцина уколико постоје)			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
ДЕЧИЈЕ ПАРАЛИЗЕ[3] (ОПВ, ИПВ, у оквиру других комбинованих вакцина уколико постоје комбинације,			О /ИМ					
			О /ИМ					
			О /ИМ					
			О /ИМ					
			О /ИМ					
			О /ИМ					
МАЛИХ БОГИЊА, ЗАУШАКА И ЦРВЕНКЕ (РУБЕОЛЕ) (ММР)			ИМ / СЦ					
			ИМ / СЦ					
ХЕПАТИТИСА Б[4] (ХБ, ако се дају засебне вакцине уколико нису у комбинацији ХБ и ХБИГ)			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
ОБОЉЕЊА НАВЕДЕНИХ			ИМ					

ХЕМОФИЛУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ ТИПА Б* (ХиБ)			ИМ					
			ИМ					
ДРУГИХ ОБОЉЕЊА (Уписати назив Обољења) ИЛИ (против тетануса и беснила у случају излагања)								
ПРИПРЕМНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ (датум утврђивања и дијагноза)								
ОДЛУКА КОМИСИЈЕ ЗА ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ								

* ИМ – интрамускуларно, СЦ –супкутано, ИД – интрадермално, О - орално

** - у случају да се појаве нежељене реакције уписати ДА и послати Прилогу пријаву нежељене реакције (Образац број 2) надлежној служби надлежне здравствене установе која обавља послове јавног здравља основана за територију Републике/Градске установе која обавља послове јавног здравља основане за територију више општина, односно града

1 – ДР – Десна рука, ЛР-лева рука, ДН- десна нога-натколеница, ЛН – лева нога-натколеница

2- ДТП –вакцина против дифтерије тетануса и великог кашља која садржи токсоиде дифтерије и тетануса и инактивисану коруснусу Бордетелла пертусис. Даје се до навршених пет година живота.

ДТаП - вакцина против дифтерије тетануса и великог кашља која садржи токсоиде дифтерије и тетануса и ацелуларну пертусис. Даје се до навршених пет година живота.

ДТ - вакцина против дифтерије и тетануса која садржи токсоиде дифтерије и тетануса. Даје се до навршених седам година живота.

аТ - вакцина против дифтерије и тетануса за одрасле која садржи токсоиде дифтерије и тетануса. Реновира се даје се од навршених седам година живота до навршених 14 година живота.

ТТ - вакцина против тетануса која садржи токсоид тетануса. Вакцина избора лицима навршених 14 година живота. Може се давати и жртвама особама уколико нема претходно примљених вакцина.

3 – ОПВ- жива оралне тривалентне полио вакцина против дечије парализе која садржи сва три типа живе ослабљене полиовирусе. Даје се одмах после рођења до 14 година живота. Вакцина избора до навршених 12 месеци живота. ИПВ- инактивисана полио вакцина против дечије парализе. Даје се у случају неуспешне имунизације и као прва доза за завршавање вакцинације деце са навршених 12месеци живота.

4- ММР – вакцина против малих богиња, заушних и црвенке – рубеоле која садржи живе али ослабљене вирусе малих богиња, заушних и рубеоле. Редовно се даје од навршених 12 месеци до навршених 14 година живота.

5 – Хиб – вакцина против хемофилуса Б конјугована комплексирана, садржи пречишћени ХБоАг. Прва доза се даје у најранијем, друга за месец дана, а трећа 6 месеци након прве дозе. ХБИГ се даје код контакта са инфективним материјалом и код новорођенчади ХБоАг позитивних мајки, по препоруци у првих 12 сати, у доњи зид пропупчане врпце (код и IV доза вакцине у складу са Правилником)

6- Хиб- конјугована вакцина против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце типа Б.

Образац бр. 7

ЛИЧНИ КАРТОН О ИЗВРШЕНОЈ ИМУНИЗАЦИЈИ

1) Здравствена установа:

_____

СТРУЧНИ ТИМ ЗА ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ:
ИЗДАЈЕ ПОТВРДУ број: _____, од _____ О УТВРЂЕНОЈ трајној контраиндикацији за примену следеће вакцине:

_____,
ВЕЖДЕМЕЛЕК КООРДИНАТОР

МП :

фамилијан

2) Здравствена установа:

_____

СТРУЧНИ ТИМ ЗА ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ:
ДОНОСИ ЗАКЉУЧАК број: _____, од _____ О УТВРЂЕНОЈ ТЕЖОЈ НЕЖЕЉЕЖНОЈ РЕАКЦИЈИ НА претходно дату дето вакцине:

_____.
ВЕЖДЕМЕЛЕК КООРДИНАТОР

МП :

фамилијан

3) ОСТАЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ:

Вакцина, адамло вакцинасобудоне:	Датум:	Овера:

СТРАНА 4.

ЛИЧНИ КАРТОН О ИЗВРШЕНОЈ ИМУНИЗАЦИЈИ

Презиме: _____

Име: _____

Име родитеља: _____

Датум рођења:

Матични број

Картон имунизације бр:
Здравствена књижица бр:
Здравствени картон бр:

BCG (подаци из документације)
Датум вакцинације:

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА:

_____ МП.

_____

_____

ЧУВАТИ УЗ ЗДРАВСТВЕНУ КЊИЖИЦУ

СТРАНА 1.

Вакцина		Датум имунизације	Овера
ДТП	I		
	II		
	III		
	P 1		
ДТ	P 2		
дТ	P 3		
ТТ	ХТИГ		
	P 4		
	P 5		
	P 6		
	P 7		
ММР	B		
	P		

СТРАНА 2.

Вакцина		Датум имунизације	Овера
Полио	I		
	II		
	III		
	P 1		
	P 2		
	P 3		
Хепатитис Б	ХБИГ*		
	I		
	II		
	III		
Хем. Инф Б	I		
	II		
	III		

* дајемо се и IV дета вакцине у складу са Правилником

СТРАНА 3.

Образац бр. 8

Календар обавезне имунизације лица одређеног узраста

Узраст	Врста вакцине	Надлежна установа
На рођењу	BCG – против туберкулозе ХБ – против хепатитиса Б (прва доза) + ХБИГ *	Породилиште
други месец	ХБ – против хепатитиса Б (друга доза)	Дом здравља
трећи месец (после навршена два месеца)	Комбинована вакцина ДТаП-ИПВ- Хиб ДТаП – против дифтерије, тетануса и великог кашља (прва доза) ИПВ – против дечје парализе (прва доза) Хиб – против обољења која изазива хемофилус инфлуенце тип ,,Б” (прва доза)	Дом здравља
са навршена три и по месеца	Комбинована вакцина ДТаП-ИПВ- Хиб ДТаП – против дифтерије, тетануса и великог кашља (друга доза) ИПВ – против дечје парализе (друга доза) Хиб – против обољења која изазива хемофилус инфлуенце тип ,,Б” (друга доза)	Дом здравља
пети месец (до навршеног шестог месеца)	Комбинована вакцина ДТаП-ИПВ- Хиб ДТаП – против дифтерије, тетануса и великог кашља (трећа доза) ИПВ – против дечје парализе (трећа доза) Хиб – против обољења која изазива хемофилус инфлуенце тип ,,Б” (трећа доза) ХБ – против хепатитиса Б (трећа доза)	Дом здравља
друга година (са навршених 12 до навршених 15 месеци)	ММР – против малих богиња, заушки и рубеле	Дом здравља

друга година (са навршених 17 до навршена 24 месеца)	Комбинована вакцина ДТаП-ИПВ- Хиб ДТаП – против дифтерије, тетануса и великог кашља (прва ревакцинација) ИПВ – против дечје парализе (прва ревакцинација) Хиб – против обољења која изазива хемофилус инфлуенце тип ,,Б” (ревакцинација)	Дом здравља
седма година (пре уписа у први разред основне школе)	ДТ – против дифтерије и тетануса (друга ревакцинација) ОПВ – против дечје парализе (друга ревакцинација) ММР – ревакцинација против малих богиња, заушки и рубеле	Дом здравља
12. година (шести разред основне школе)	ХБ – против хепатитиса Б (вакцинација школске деце која до тада нису вакцинисана са три дозе вакцине по шеми 0,1,6 месеци)	Дом здравља (основна школа)
14. година (осми разред основне школе)	дТ –против дифтерије и тетануса (трећа ревакцинација) ОПВ – против дечје парализе (трећа ревакцинација)	Дом здравља (основна школа)

* имуноглобулин против хепатитиса Б (ХИБГ) примају новорођенчад ХБсАг+ мајки, њима се дају четири дозе вакцине по шеми 0,1,2,12 месеци