Sławków 10.05.2014r

**Zarządzenie Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**

**w Sławkowie NR 7/K/2014 z dnia 10.05.2014r dotyczące rodziców/ opiekunów prawnych dzieci, którzy uchylają się od szczepień ochronnych.**

1. Zobowiązuję pracowników odpowiedzialnych za wykonywanie szczepień ochronnych dla dzieci do przestrzegania niniejszej procedury.

 *(Lista nazwisk pracowników stanowi Załącznik NR 3 do Zarządzenia).*

1. *Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 10.05.2014r*

**Procedura postępowania w SPZOZ Sławków dla dzieci/osób uchylających się**

**od szczepień obowiązkowych.**

1. **Za osoby uchylające się od obowiązku szczepień ochronnych przyjmuje się te osoby, które nie wykonały obowiązku poddania się szczepieniom w terminach wezwań przez lekarza POZ (kontraktującego profilaktyczne świadczenie zdrowotne w ramach NFZ), nie przedstawiły zaświadczenia o wykonaniu szczepień zalecanych spełniających kryteria dla wykonania tego obowiązku, u których nie stwierdzano przeciwwskazań stanowiących podstawę do odroczenia wykonania szczepienia.**
2. **Obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osoba małoletnią o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych.**
3. **Rodzice, opiekunowie prawni dziecka składający sprzeciw ustny zobowiązani są do wypełnienia *Oświadczenia świadomej odmowy szczepienia ochronnego stanowiącego Załącznik NR 1do niniejszej procedury oraz Oświadczenia Pacjenta lub Rodzica dziecka, stanowiącego Załącznik NR 2 do procedury.***
4. **Jeżeli pacjent odmawia wypełnienia Załącznika NR 1 i NR 2 do procedury, lekarz zobowiązany jest sporządzić adnotację pisemną z rozmowy. W celu zabezpieczenia pod względem dowodowym można poprosić o asystę innego pracownika medycznego, w obecności którego rodzic wyrazi swą wolę i który następnie będzie mógł potwierdzić decyzję tego rodzica.**
5. **Pracownik SPZOZ Sławków przyjmujący odmowę rodzica, opiekuna prawnego dziecka, zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić w formie pisemnej zgodnie z Załącznikiem NR 4 Powiatową Stację Sanitarno- Epidemiologiczną w Będzinie.**

Sporządził: Beata Oruba

Zatwierdził: Dyrektor Jacek Ziętal

**Załącznik NR 1 do Procedury postępowania dla osób uchylających się od obowiązku szczepień.**

**Pieczęć podmiotu leczniczego**

**OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ODMOWY SZCZEPIENIA OCHRONNEGO**

**Imię i nazwisko dziecka/ pacjenta Pesel wiek**

**Adres zamieszkania, zameldowania, pobytu…………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przyczyna odmowy wg. pacjenta/ opinii rodziców** | **Rodzaj szczepienia** | **Czas odmowy wskazać czas określony/ nieokreślony** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwagi i adnotacje lekarza lub pielęgniarki:

**Załącznik NR 2 do Procedury postępowania dla osób uchylających się od obowiązku szczepień.**

**OŚWIADCZENIE PACJENTA LUB RODZICÓW DZIECKA:**

Ja, ………………………………matka, opiekun prawny, oświadczam, że:

Ja ………………………………ojciec, opiekun prawny, oświadczam, że:

Zostałem poinformowany o obowiązkowym/ zalecanym szczepieniu ochronnym przeciw……………………………………………………………………….

oraz, że w zrozumiały sposób zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia, w tym o skutkach niezaszczepienia dziecka, w szczególności o możliwości ostrego zachorowania na chorobę/ choroby przeciw której nie wyrażam zgody na szczepienie, możliwych powikłaniach i odległych skutkach zdrowotnych( o ile dotyczy w/w choroby oraz możliwych konsekwencjach prawnych i administracyjnych(np. wszczęciu postępowania administracyjnego przez organy administracji publicznej, utrudnieniu wjazdów do niektórych krajów, problemach przy przyjęciu do przedszkola, szkoły itp.), wynikających z niezaszczepienia dziecka oraz , ze po rozważeniu wszystkich przekazanych informacji, **świadomie nie wyrażam zgody** na wykonanie obowiązkowego/ zalecanego szczepienia ochronnego przeciwko/w chorobie/ chorobom.

***Załącznik NR 3 do Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie NR 7/K/2014 z dnia 10.05.2014r dotyczące przekazania informacji dla rodziców/ opiekunów prawnych dzieci w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych oraz wdrożenie procedury postępowania w /w zakresie.***

**Lista osób, które zapoznały się z w/w procedurą:**

**1.**

**2.**

**3.**

**4.**

**Załącznik NR 4 do Procedury postępowania dla osób uchylających się od obowiązku szczepień.**

Sławków dnia…………………………………..

**Do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologiczna**

**w Będzinie**

**ul. Kościuszki 58**

**42-500 Będzin**

**Informacja o odmowie szczepienia**

**Informuję, że rodzic/opiekun prawny :( imię i nazwisko)…………………………………………….zamieszkały ……………………………………………………………….odmówił szczepienia dziecka ………………..……………………………w dniu…………………….**

**Informację sporządził:**