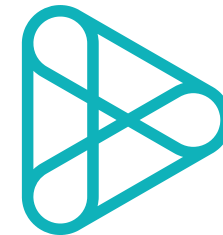


Jak wdrożyć szczepienia w aptece?



mgr farm. Paulina Front

Przygotowanie apteki



SDS (System Dystrybucji Szczepionek)



Gabinet.gov i e-rejestracja



Przygotowanie stanowiska



Przygotowanie szczepionek

Dołączenie do Narodowego Programu Szczepień

- pobranie i wypełnienie dokumentu zgłoszenia apteki oraz oświadczenia dostępnego na stronie Oddziału Wojewódzkiego NFZ

- link do logowania dostępny jest na stronach Oddziałów Wojewódzkich NFZ

- złożenie wniosku zgłoszenia apteki do udziału w NPS
- wysłanie Formularza zgłoszeniowego do udziału w Narodowym Programie Szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 dla aptek ogólnodostępnych

- rozpoczęcie korzystania z SDS, gabinet.gov i e-rejestracji

treść oświadczenia

.....
Nazwa Apteki
.....
ID Apteki
.....
Adres Apteki
.....
Imię nazwisko osoby składającej oświadczenie

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....
Oddział Wojewódzki w
.....

Działając w imieniu podmiotu.....zgłaszam udział
w Narodowym Programie Szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 apteki
ogólnodostępnej położonej w

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami prawa dotyczącymi wykonywania szczepień
ochronnych przeciwko chorobie Covid-19 w szczególności z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o
zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845,z
późn. zm) oraz założeniami i wymaganiami organizacji i realizacji szczepień stanowiącymi
załącznik do niniejszego oświadczenia, które zostały określone w ogłoszeniu
..... oraz akceptuję je bez zastrzeżeń;

(Proszę o dokonanie wyboru właściwego oświadczenia poprzez postawienie w kwadracie przy
właściwym oświadczeniu znaku „X”)

- 2a. Oświadczam, że szczepienia będą wykonywane w aptece ogólnodostępnej, która posiada
ważne zezwolenie na prowadzenie działalności i spełnia wszystkie wymagania określone w
rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni
podstawowej i pomocniczej apteki z dnia 26 września 2002 r. (Dz.U. Nr 161, poz. 1338 ze zm.) oraz w
rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać
lokal apteki z dnia 30 września 2002 r. (Dz.U. nr 171, poz. 1395 ze zm.).

- 2b. Zgodnie z warunkami ustalonymi w komunikacie Ministra Zdrowia opublikowanym w dniu
16 lipca 2021r.¹, oświadczam, że szczepienia będą wykonywane w aptece, która posiada ważne
zezwolenie na prowadzenie działalności i spełnia wymagania określone w § 6 ust. 5 oraz § 8 ust. 4 i 5
rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów,
jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz.U. z 2002, Nr 171, poz.1395, z późn. zm.).

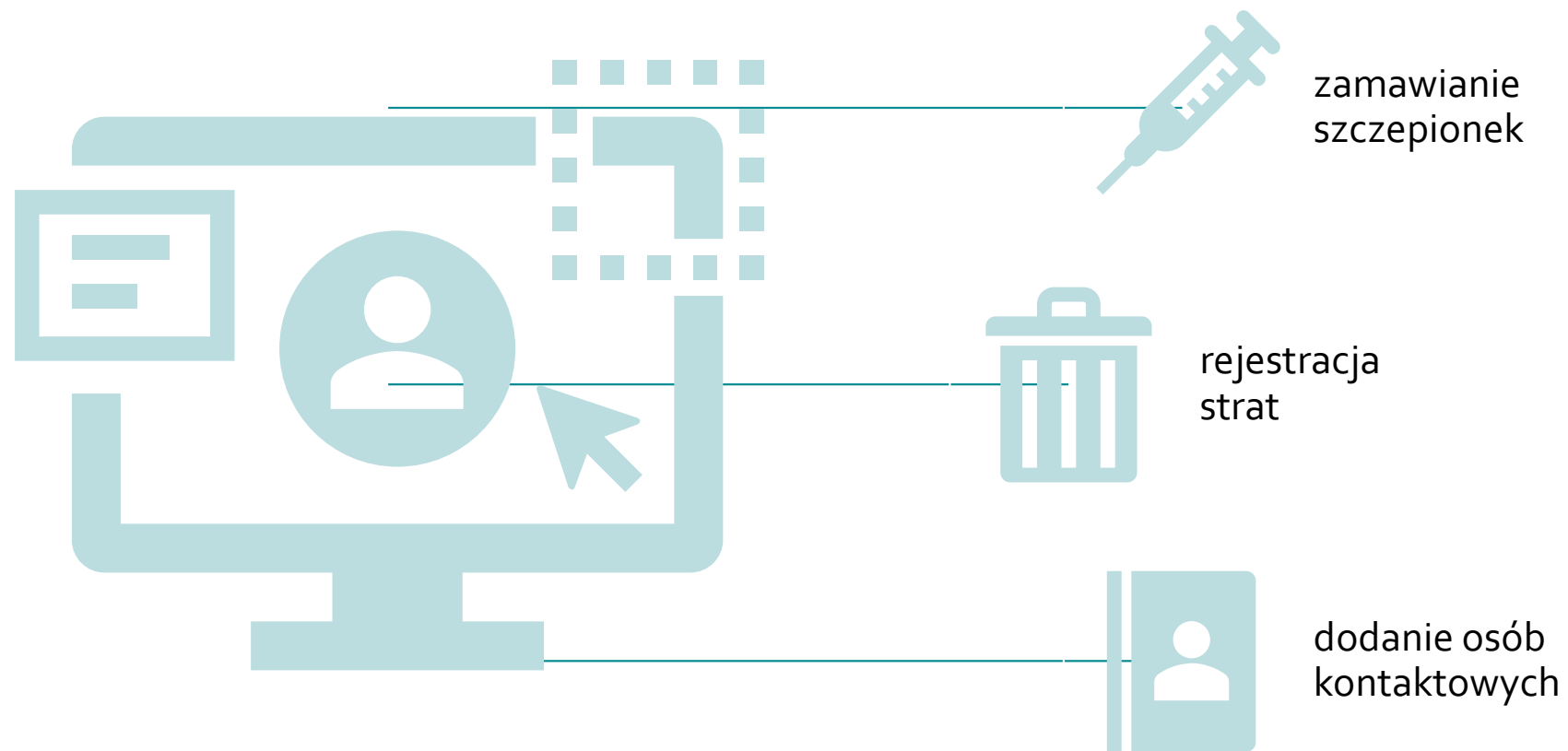
Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że dane osobowe będą przetwarzane w celu organizacji i
realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
(COVID-19). Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Centralę
Narodowego Funduszu Zdrowia można znaleźć na stronie internetowej
<https://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/>

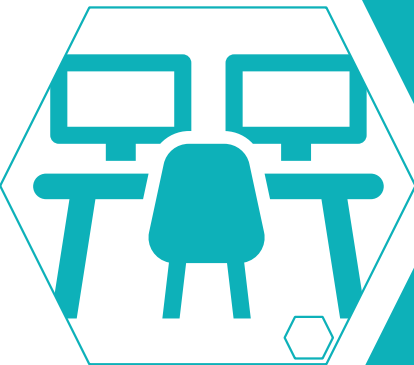
Podpis elektroniczny

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-stosowania-art-86-ust-8a-ustawy-z-dnia-6-wrzesnia-2001-r-prawo-farmaceutyczne-tj-dzu-z-2021-poz-974-z-poznm>

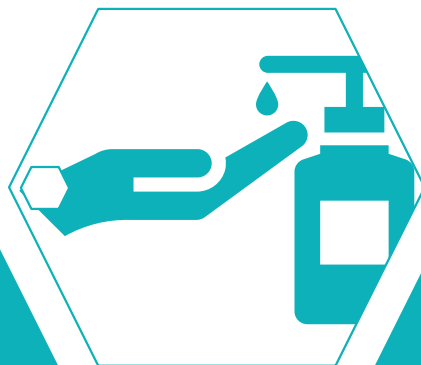
SDS



System Dystrybucji
Szczepionek



środki
odkażające



pojemniki na
igły i strzykawki
materiały
zakaźne

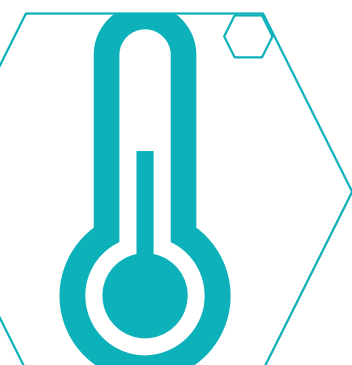


termometr
bezdotykowy

środki ochrony
osobistej



zestaw do
opatrunków



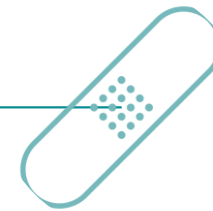
biurko i
komputer

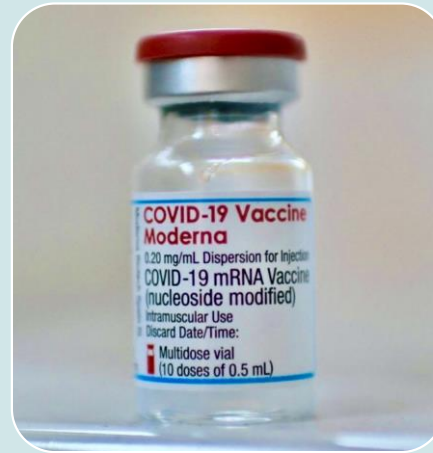
adrenalina
roztwór do
wstrzykiwań



zestaw do
iniekcji







wiek
II dawka
Ilość min.
przygotowanie

Przydatność
2°C/25°C

Pfizer/BioNTech
(Comirnaty)
powyżej 12 r.ż.
21-42 dni
6 x 0,3ml (x5)
rozcieńczamy
1,8ml 0,9%NaCl

6h/6h

Moderna
(Spikevax)
powyżej 12 r.ż.
28-42 dni
10 x 0,5ml (x10)
nie
rozcieńczamy

19h/19h

AstraZeneca
(Vaxzevria)
powyżej 18 r.ż.
35-84 dni
10 x 0,5ml (x5)
nie
rozcieńczamy

6h/48h

COVID-19
Vaccine Janssen
powyżej 12 r.ż.
nie dotyczy
5 x 0,5ml (x10)
nie
rozcieńczamy

3h/6h

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL lub seria i nr paszportu:

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt. 3-5)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
7.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty?		

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			
3.	Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbitat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ?			

¹ Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko COVID-19 można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie Szczepimy się pod adresem: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. Ulotkę udostępnia również personel realizujący szczepienia.

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			
5.	Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			
8.	Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?			
9.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży?			
10.	(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią?			

^a Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia. Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza.

Pytania w miejscu szczepienia		Tak	Nie
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?		

Czytelny podpis osoby szczepionej: Data:/godz.

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

..... Data:/godz.
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

Oświadczenie

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

.....
Data i czytelny podpis

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Imię i nazwisko osoby szczepionejPESEL lub seria i nr paszportu:.....
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....PESEL lub seria i nr paszportu:.....

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19

(kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień)

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować, czy można u osoby kwalifikowanej do szczepienia wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie. **Kwalifikację do szczepienia osób do 15 lat prowadzi lekarz.**

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 30 dni osoba poddawana szczepieniu miała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni osoba poddawana szczepieniu miała bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt 3-5)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni osoba poddawana szczepieniu miała podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu występował nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj przeziębiona lub ma biegunkę, wymioty?		

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
1.	Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)			
2.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			
3.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbát lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ?			
4.	Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			

¹ Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko COVID-19 można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie Szczepimy się pod adresem: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. Ulotkę udostępnia również personel realizujący szczepienia.

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
5.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?			
6.	Czy osoba poddawana szczepieniu otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Czy osoba poddawana szczepieniu choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			
8.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?			
9.	(tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży?			
10.	(tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu karmi dziecko piersią?			

a) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia. Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza. **Kwalifikację do szczepienia osób w wieku do 15 lat prowadzi lekarz.**

Pytania w miejscu szczepienia	Tak	Nie
1. Czy są wątpliwości do zadanych pytań?		
2. Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania?		

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

..... Data:/godz.
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

***Oświadczenie**

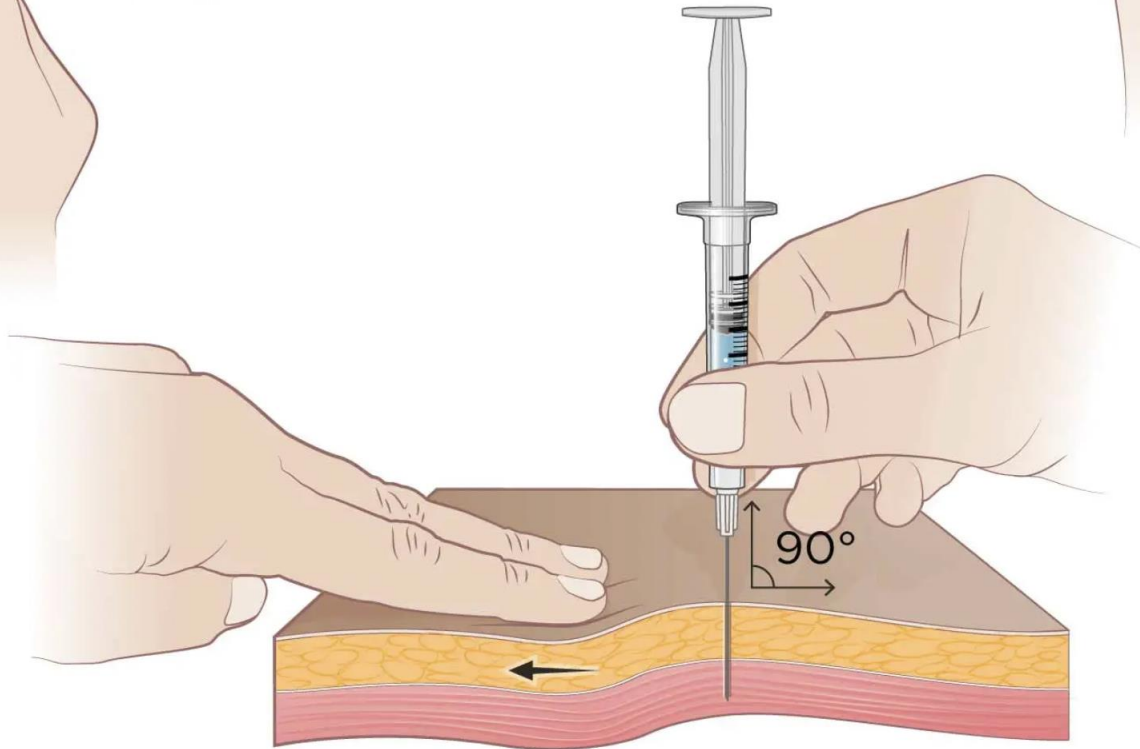
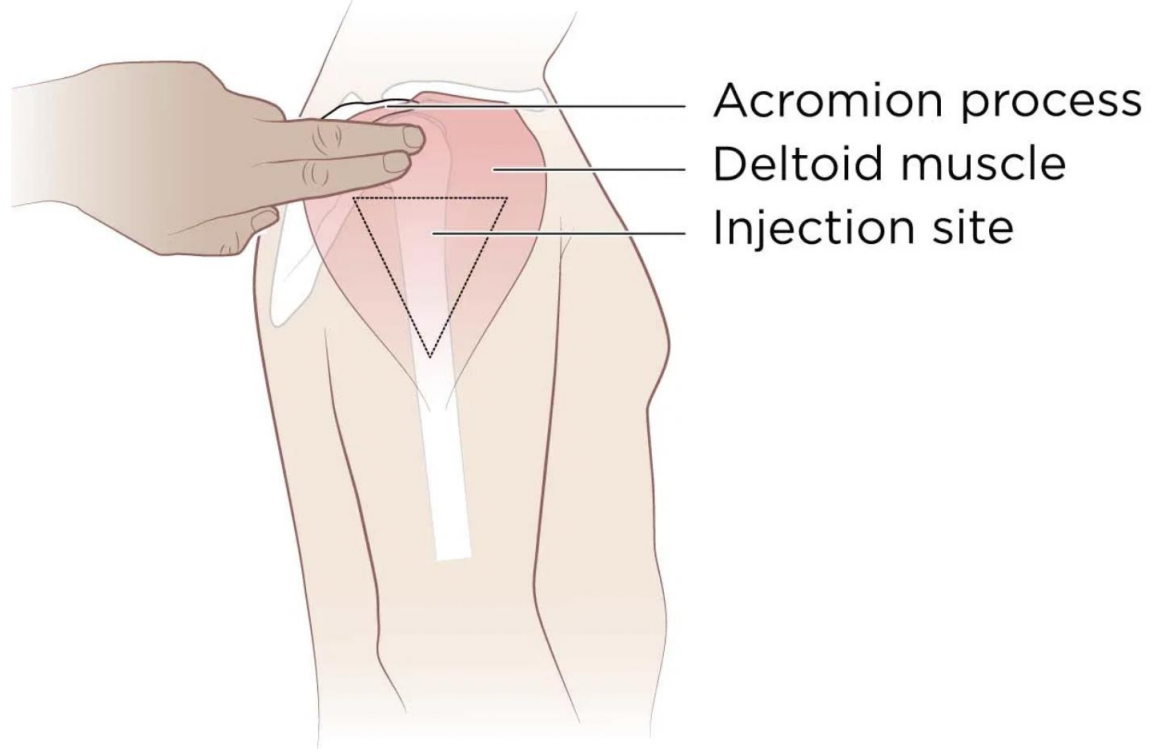
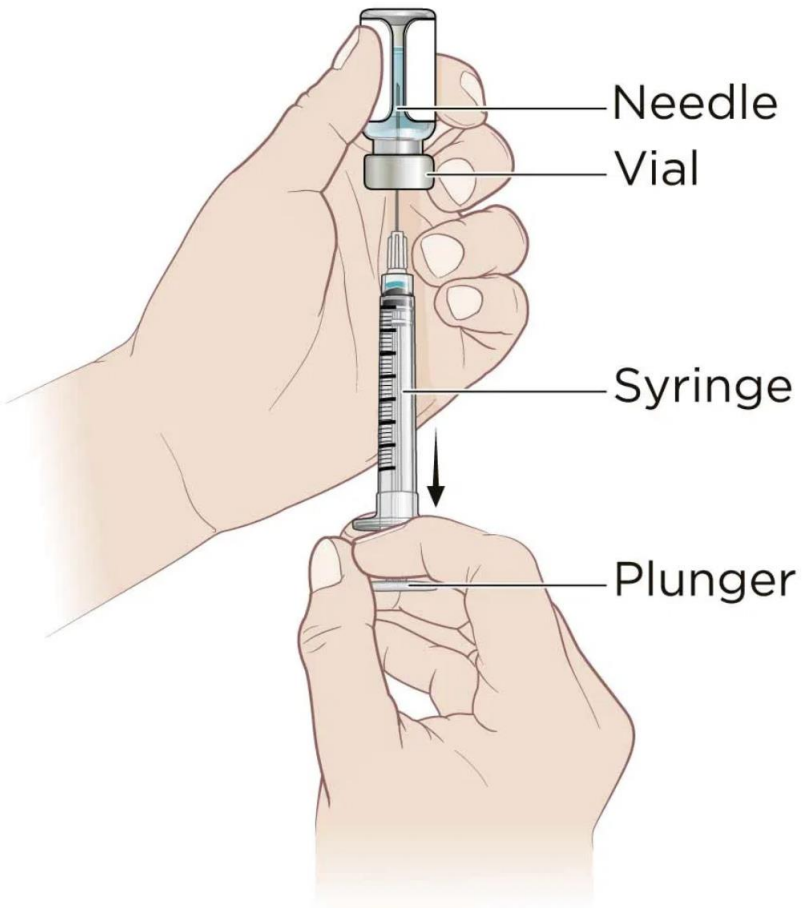
Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

.....
Data i czytelny podpis
(*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 lat)

Zgoda przedstawiciela ustawowego

Ja PESEL:
(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)
legitymujący/a się:seria: nr:.....
(nazwa dokumentu tożsamości)
oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:
.....data ur....., PESEL:.....
(imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)
i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu:

.....
Data i czytelny podpis
(podpis przedstawiciela ustawowego)



 Henry Malinowski




Rola

Farmaceuta

Apteka


Apteka Ziołowa


 Strona główna

 Dane pacjenta

 Recepty

 Szczepienia

 Unijny Certyfikat COVID

 Przesyłanie plików / wiadomości

 Raporty

 Autoryzacja

W ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, w aplikacji Gabinet.gov jest możliwość wprowadzenia w postaci elektronicznej kwalifikacyjnego do szczepienia oraz formularza karty szczepienia. W formularzu "Stwórz nowe" w zakładce Szczepienia, rekomenduje się stwórz zapisanie go poprzez kliknięcie "Zapisz jako szablon" w prawym górnym rogu ekranu, co znacznie przyspieszy pracę.


Poniedziałek, 28.06.2021

Witaj w gabinecie, Henry!

 Dane pacjenta

Wprowadź dane pacjenta



 Szczepienia

Umów termin szczepienia

Wyszukaj kwestionariusz

Badanie kwalifikacyjne do szczepienia

Wyszukaj badanie

Stwórz nowe szczepienie



Zarejestruj szczepienie z kwalifikacją



Wyszukaj wykonane szczepienia




Dystrybucja szczepionek



 Recepty

Wyszukaj receptę

 Unijny Certyfikat COVID

Pobierz Certyfikat (QR)

kliknij "Zarejestruj szczepienie z kwalifikacją" aby przejść do uzupełniania e-karty szczepienia

Rodzaj wizyty

Wizyta nierefundowana

Wizyta refundowana ?

Dane pacjenta *

Pacjent jest dzieckiem i nie posiada numeru PESEL

Pacjent jest osobą bezdomną lub jest osobą o niemożliwym do ustalenia miejscu zamieszkania

Numer PESEL

Inny identyfikator ?

PESEL pacjenta *

12345678910



wpisz PESEL
pacjenta

Jan Kowalski

ur. 18.08.1934

86 lat, mężczyzna

Aktualny adres pobytu na terenie Polski *

Województwo *

MAŁOPOLSKIE



Kod pocztowy *

32-590

Miasto *

Libiąż



Ulica *

ul. Wiślan



Numer budynku *

3

Numer lokalu

Dane kontaktowe ?

Dane pacjenta

Dane opiekuna/przedstawiciela ustawowego ?

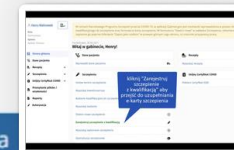
Numer telefonu

+48 12 345 67 89

Adres e-mail

* - pole wymagane

Zapisz dane pacjenta



Dane o badaniu kwalifikacyjnym

Data i godzina *

28-06-2021 11:09

Dane o szczepieniu

Szczepionka *

COVID-19 Vaccine Janssen, Johnson&Johnson, 10 fiol. 2,5 ml, 0590999145...X

Numer serii *

123456

Data i godzina wykonania szczepienia *

28-06-2021 11:10

Wykonana procedura *

99.557 - Szczepienie przeciw COVID-19

Miejsce podania szczepienia *

Lewe ramię

Sposób podania szczepienia *

Iniekcja domięśniowa

Numer podawanej dawki *

1

Liczba dawek *

1

Ilość podanej szczepionki *

0.5

Jednostka *

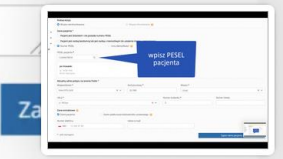
ml

Finansowanie szczepienia *

Publiczne - szczepienie w punkcie szczepień

Informacje dodatkowe

uzupełnij typ szczepionki oraz numer serii a następnie kliknij "Zapisz szczepienie"



Zapisz jako szablon

Wyczyść formularz

Dane o badaniu kwalifikacyjnym

Data i godzina *

28-06-2021 11:09

Dane o szczepieniu

Szczepionka *

COVID-19 Vaccine Janssen, Johnson&Johnson, 10 fiol. 2,5 ml, 0590999145...X

Numer serii *

123456

Data i godzina wykonania szczepienia *

28-06-2021 11:10

Wykonana procedura *

99.557 - Szczepienie przeciw COV

Miejsce podania szczepienia *

Lewe ramię

Numer podawanej dawki * ?

1

Liczba dawek *

1

Ilość podanej szczepionki *

0.5

Jednostka *

ml

Finansowanie szczepienia *

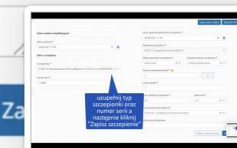
Publiczne - szczepienie w punkcie szczepień

Informacje dodatkowe

uzupełnioną kartę
możesz zapisać jako
szablon. Dzięki temu, nie
musisz uzupełniać typu
szczepionki i numeru serii
przy kolejnym pacjencie

Zapisz i zakończ wizytę

Za



Podpis szczepień



Szczepienia

Comirnaty, Szczepionka przeciw COVID-19, Pfizer

Potwierdzenie wykonania szczepienia

Data kwalifikacji 3 lutego 2021 r. godz. 18:01:00
Data wykonania 3 lutego 2021 r. godz. 18:07:00

Pacjent Jarosław Cisek Identyfikator 79020465436	Pracownicy medyczni <small>wydruk dokumentu elektronicznego</small> Adam Nowak NPWZ 8093902 Funkcja Kwalifikujący Adam Nowak NPWZ 8093902 Funkcja Wykonujący
Miejsce wykonania Nazwa Adam Nowak Adres Szpitalna 8, 17-300 Siemiatycze	

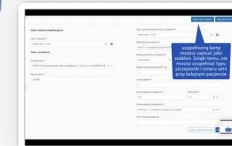
Rodzaj szczepienia 99.557 - Szczepienie przeciw COVID-19
Miejsce podania szczepienia Lewe ramię
Sposób podania szczepienia Iniekcja domięśniowa
Numer dawki 1
Liczba dawek 2
Ilość podanej szczepionki 0.3 ml
Nazwa szczepionki Comirnaty, Szczepionka przeciw COVID-19, Pfizer
Numer EAN 5909991444471
Numer serii EJ1234
Producent Pfizer
Finansowanie szczepienia Publiczne - szczepienie
Status szczepienia WYKONANE
Informacje dodatkowe

podpis
szczepienie
jednym z trzech
podpisów

Podpisz Profilem Zaufanym

Podpisz certyfikatem

Podpisz certyfikatem e-ZLA





Henry Malinowski

Rola
Farmaceuta
Apteka
Apteka Ziołowa

Pacjent
Anna Kasina
Wiek
7 lat
PESEL

- Strona główna
- Dane pacjenta
- Recepty
- Szczepienia
- Unijny Certyfikat COVID**
- Pobierz Certyfikat (QR)
- Przesyłanie plików / wiadomości
- Raporty

W ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, w aplikacji Gabinet.gov jest możliwość wprowadzenia w postaci elektronicznej badania szczepienia oraz formularza karty szczepienia. W formularzu "Stwórz nowe" w zakładce Szczepienia, rekomenduje się stworzenie szablonu i zapisanie go "Zapisz jako szablon" w prawym górnym rogu ekranu, co znacznie przyspieszy pracę.

Poniedziałek, 28.03.2022

Unijny Certyfikat COVID

Unijny Certyfikat COVID to dokument potwierdzający przyjęcie szczepionki przeciw COVID-19, negatywny wynik testu na koronawirusa, lub potwierdzenie ozdrowienia.

aby pobrać
Certyfikat COVID
kliknij "Unijny
Certyfikat COVID"

Potwierdzenie przyjęcia szczepionki

Jeśli pacjent otrzymał jedną dawkę szczepionki przeciw COVID-19, możliwe jest pobranie elektronicznego potwierdzenia. W Polsce będzie ważne po 14 dniach od pierwszego zaszczepienia.

Pobierz certyfikat

Potwierdzenie wyniku testu

Jeśli pacjent uzyskał negatywny wynik testu na obecność koronawirusa, możliwe jest pobranie elektronicznego potwierdzenia. Certyfikat wyniku testu jest ważny przez 48 godzin.

Pobierz certyfikat

Potwierdzenie ozdrowienia

Po zakończeniu przez pacjenta choroby z zachorowania na COVID-19, możliwe jest pobranie elektronicznego potwierdzenia ozdrowienia. Certyfikat potwierdzenia ozdrowienia jest ważny od uzyskania pozytywnego wyniku testu.

Pobierz certyfikat



Henry Malinowski



Rola
Farmaceuta

Apteka
Apteka Ziołowa

Pacjent
Anna Kasina



Wiek
7 lat

PESEL

Strona główna

Dane pacjenta

Recepty

Szczepienia

Unijny Certyfikat COVID

Pobierz Certyfikat (QR)

Przesyłanie plików /
wiadomości

Raporty

W ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, w aplikacji Gabinet.gov jest możliwość wprowadzenia w postaci elektronicznej badania szczepienia oraz formularza karty szczepienia. W formularzu "Stwórz nowe" w zakładce Szczepienia, rekomenduje się stworzenie szablonu i zapisanie go "Zapisz jako szablon" w prawym górnym rogu ekranu, co znacznie przyspieszy pracę.

Poniedziałek, 28.06.2021

Unijny Certyfikat COVID

Unijny Certyfikat COVID (UCC) to europejskie zaświadczenie cyfrowe potwierdzające przyjęcie szczepionki przeciw COVID-19, negatywny wynik testu na koronawirusa lub ozdrowienie po COVID-19.

Potwierdzenie szczepienia

Jeśli pacjent przyjął choć jedną dawkę szczepionki przeciw COVID-19, możliwe jest pobranie elektronicznego potwierdzenia. W Polsce będzie ważne po 14 dniach od pełnego zaszczepienia.

Pobierz certyfikat

Potwierdzenie wyniku testu

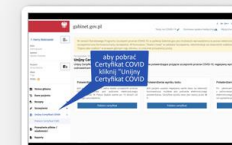
Jeśli pacjent uzyskał negatywny wynik testu na obecność koronawirusa, możliwe jest pobranie elektronicznego potwierdzenia. Certyfikat wyniku testu jest ważny przez 48 h.

Pobierz certyfikat

Potwierdzenie ozdrowienia

Po zakończeniu przez pacjenta choroby z zachorowaniem na COVID-19, możliwe jest pobranie elektronicznego potwierdzenia od uzyskania pozytywnego wyniku testu.

Pobierz certyfikat



Gdy coś
pójdzie nie
tak...




Schemat postępowania



- obserwacja pacjenta, utrzymywanie kontaktu (jeśli to możliwe)



- przydatny sprzęt: pulsoksymetr, ciśnieniomierz



- podanie adrenaliny:
0,3mg-0,5mg



- wezwanie pogotowia



- brak poprawy – ponowienie dawki po 5-15min



- zatrzymanie oddechu lub krążenia – rozpoczęcie akcji reanimacyjnej