

**Hlásenie údajov o výkone očkovania**

Predkladá: lekár, ktorý vykonáva očkovanie.

Frekvencia: bezodkladne

Štruktúra: jeden záznam pre každý výkon očkovania

**Identifikačná časť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (PZS)**

Mesiac a rok hlásenia:	
Dátum odoslania:	
Počet záznamov:	
Názov PZS:	Kód PZS:
Obec PZS:	E-mail PZS:
Číselný kód zdravotníckeho pracovníka, ktorým je očkujúci lekár:	
Meno lekára:	Priezvisko lekára:

**Údajová časť: Očkovaná osoba**

Číslo záznamu:	
Rodné číslo:	Dátum narodenia:
Meno:	Priezvisko:
Ulica (nepovinné):	
Obec (bydlisko):	PSC (nepovinné):
Kód zdravotnej poisťovne:	
Dátum a čas očkovania:	Dátum pozvania na očkovanie <sup>1)</sup> :
Dôvod nevykonania očkovania <sup>1)</sup> :	Diagnóza kontraindikácie <sup>1)</sup> :
Očkovacia látka:	Typ očkovania:
Charakter očkovania:	
Počet dávok:	Poradové číslo dávky:
Príznak posledná dávka:	
Šarža:	
Príznak výskytu nežiadúcich účinkov:	

Príznak, či je pacient zaradený do dialyzačného programu:
Príznak, či pacient žije v nízkom sociálno-hygienickom štandarde:
Príznak, či bol pacient v kontakte s osobou chorou na prenosné ochorenie:
Príznak, či je pacient umiestnený v zariadení soc. služieb:
Príznak, či je pacient z resocializačného zariadenia:
Príznak, či je matka novorodenca HBsAg pozitívna:
Poznámka:

<sup>1)</sup> povinný údaj, ak očkovanie nebolo zrealizované