



Regulamin Realizacji Profilaktyki Zakażeń Meningokokowych typu B przez Zespół Przychodni Specjalistycznych sp. z o.o. w Tarnowie (Program).

Niniejszy Regulamin określa zasady realizacji Profilaktyki Zakażeń Meningokokowych Typu B pod patronatem Prezydenta Miasta Tarnowa dla dzieci w wieku od dwóch miesięcy do trzeciego roku życia.

1. Cel programu profilaktycznego

Celem prowadzonych działań profilaktycznych jest eliminacja ryzyka zachorowań na Inwazyjną Chorobę Meningokokową (IChM) dzieci w wieku 0 – 2 lat spowodowaną meningokokami serogrupy B.

2. Populacja docelowa

Do programu zostaną włączone dzieci po 2 miesiącu życia do ukończenia 3 roku życia z Gminy Miasta Tarnowa, które spełnią następujące warunki kwalifikujące:

- w dniu zgłoszenia do programu dziecko musi mieć ukończony 2 miesiąc życia i nie może mieć więcej niż ukończony 23 miesiąc życia;
- dziecko jest zameldowane na pobyt stały na terenie Miasta Tarnowa i mieszka na terenie Miasta Tarnowa, na potwierdzenie czego opiekun prawny złożył pisemne oświadczenie w tym zakresie stanowiące załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu;
- dziecko posiada zaświadczenie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych do przyjęcia szczepionki, wystawione maksymalnie 2 dni przed planowaną datą wizyty.

Z udziału w programie wyłączone są dzieci:

- w przypadku niespełnienia co najmniej jednego z warunków kwalifikujących;
- u których występują przeciwwskazania do wykonania szczepienia stwierdzone podczas kwalifikacji lekarskiej.

W pierwszej kolejności do udziału w programie zakwalifikowane zostaną dzieci będące pacjentami którejkolwiek poradni specjalistycznej Zespołu Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o. w Tarnowie. W przypadku gdy zainteresowanie wśród tej grupy pacjentów nie wyczerpie limitu przeznaczanego na realizację szczepień, z Programu będą mogły skorzystać inne dzieci spełniające wymagania określone w pkt. 2.

Dopuszcza się możliwość szczepienia w ramach programu także dzieci, które przyjęły pierwszą i/lub drugą dawkę szczepionki BEXSERO poza tym programem. W takiej sytuacji opiekun prawny musi przynieść zaświadczenie od podmiotu leczniczego, który przeprowadzał szczepienie, w którym zawarta jest informacja o rodzaju i dacie podania szczepionki.

3. Działania w ramach programu profilaktycznego

Po zakwalifikowaniu dziecka do udziału w programie na rzecz dziecka wykonane zostaną następujące świadczenia:

- lekarskie badanie kwalifikacyjne w dniu podania każdej dawki szczepionki;
- przeprowadzenie szczepienia (podanie 3 dawek szczepionki BEXSERO, w tym 2 dawek szczepienia podstawowego i 1 dawki szczepienia uzupełniającego) wg następującego schematu dawkowania zalecanego przez producenta:

Wiek w czasie podania pierwszej dawki	Szczepienie pierwotne	Odstępy między dawkami w ramach szczepienia pierwotnego	Dawka uzupełniająca
Niemowlęta od 2 do 5 miesiąca życia włącznie	2 dawki po 0,5 ml	Nie mniej niż 2 miesiące	1 dawka w wieku między 12 a 15 miesiącem życia, z zachowaniem odstępu co najmniej 6 miesięcy między cyklem pierwotnym a dawką przypominającą
Niemowlęta od 6 do 11 miesiąca włącznie	2 dawki po 0,5 ml	Nie mniej niż 2 miesiące	1 dawka w 2 roku życia, z zachowaniem odstępu co najmniej 2 miesięcy między cyklem pierwotnym a dawką przypominającą
Dzieci od 12 do 23 miesiąca włącznie	2 dawki po 0,5 ml	Nie mniej niż 2 miesiące	1 dawka z zachowaniem odstępu od 12 do 23 miesięcy między cyklem pierwotnym a dawką przypominającą

Świadczenia w ramach programu wykonywane będą dzieciom nieodpłatnie.

Zalecane szczepienie ochronne przeprowadzą osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Dziecko, które rozpocznie przyjmowanie szczepionek w ramach programu będzie miało zapewnioną ilość dawek którą powinien przyjąć według schematu szczepienia w okresie trwania programu profilaktycznego. W dniu podania pierwszej dawki szczepionki ustalony zostanie termin podania drugiej dawki, a w momencie podania drugiej planowany termin podania dla dawki przypominającej.

Na wizytę kwalifikacyjną pacjenci będą umawiani po weryfikacji spełnienia warunków formalnych, określonych w pkt 2 niniejszego regulaminu przez Rejestrację Zespołu Specjalistycznych Poradni Dziecięcych przy ul Mostowej 6 (budynek D).

Na wizytę kwalifikacyjną należy zgłosić się z:

- zaświadczeniem o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych do przyjęcia szczepionki p/meningokokom typu B wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego dziecko jest zadeklarowane, w okresie maksymalnie 2-óch dni przed planowaną datą wizyty;
- książeczką zdrowia dziecka;

- zaświadczeniem określającym datę i rodzaj podanej szczepionki – w przypadku podania pierwszej i/lub drugiej dawki szczepionki w innym podmiocie leczniczym.

4. Zakończenie udziału w programie

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku:

- przyjęcia wszystkich przewidzianych dla niego według schematu dawek szczepionki;
- zaistnienia warunku wyłączenia z udziału w programie;
- pisemnej rezygnacji opiekuna prawnego z dalszego uczestnictwa w programie (załącznik nr 2);
- dwukrotnego niezgłoszenia się na planowany termin szczepienia.

5. Czas i miejsce realizacji programu

Programu jest realizowany w okresie **od 4 listopada 2024 roku do 12 grudnia 2025 roku** lub do wyczerpania limitu przeznaczonego przez Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o. na ten cel.

Planowana kwota na realizację szczepień wynosi łącznie 58 000 zł, w tym:

w 2024 r. – 8 000 zł

w 2025 r. – 50 000 zł

Świadczenia zdrowotne w ramach Programu będą realizowane w Poradni Pediatrycznej Szczepień dla dzieci z grup wysokiego ryzyka zlokalizowanej w budynku B Zespołu Przychodni Specjalistycznych sp. z o.o. w Tarnowie przy ul. Mostowej 6.

Wizyty kwalifikacyjne i szczepienia wykonywane będą według harmonogramu ustalanego przez lekarza udzielającego świadczeń.

6. Klauzula informacyjna RODO

Podanie danych osobowych pacjenta i opiekuna prawnego jest dobrowolne, lecz konieczne w celu udziału w Programie. Administratorem danych osobowych jest **Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o.** z siedzibą w Tarnowie przy ul. Marii Skłodowskiej Curie 1.

We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez **Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o.** z siedzibą w Tarnowie przy ul. Marii Skłodowskiej Curie 1 można się skontaktować z naszym Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail: iodo@zps.tarnow.pl, oraz za pośrednictwem formularza kontaktowego na stronie internetowej pod adresem: www.zps.tarnow.pl/kontakt/

Szczegółowa klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej ZPS: <https://zps.tarnow.pl/klauzula-informacyjna-zespol-przychodni-specjalistycznych-sp-z-o-o/>.

7. Postanowienia końcowe

W przypadku złożenia nieprawdy w oświadczeniu, o którym mowa w pkt 1 niniejszego Regulaminu, ZPS jest uprawniony do dochodzenia zapłaty za wykonanie świadczenie.

załącznik nr 1 do Regulaminu Realizacji Profilaktyki Zakażeń Meningokowych typu B przez Zespół Przychodni Specjalistycznych sp. z o.o. w Tarnowie.

Oświadczenie o miejscu zameldowania i zamieszkania

.....

Imię i Nazwisko dziecka

.....

.....

Adres zameldowania dziecka

(ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

.....

Imię i Nazwisko opiekuna prawnego

.....

Telefon kontaktowy

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do udziału w programie dziecko jest zameldowane na pobyt stały i mieszka na terenie Miasta Tarnowa.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis opiekuna prawnego

Oświadczenie o akceptacji Regulaminu Realizacji Profilaktyki Zakażeń Meningokowych typu B

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Regulamin Realizacji Profilaktyki Zakażeń Meningokowych typu B przez Zespół Przychodni Specjalistycznych sp. z o.o. w Tarnowie.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis opiekuna prawnego

Rezygnacja z udziału w programie

.....
Imię i Nazwisko dziecka

.....
Imię i Nazwisko opiekuna prawnego

.....

.....

.....
Adres zameldowania dziecka
(ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Telefon kontaktowy

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka w „Programie Profilaktyki zakazeń meningokokowych typu B”.

Powodem mojej rezygnacji jest (*pole nieobowiązkowe*):

.....
.....
.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis opiekuna prawnego