Haldus- ja korrakaitseorgan: Terviseamet, registrikood 70008799, aadress: Paldiski mnt 81, 10617 Tallinn

Tel 794 3500, e-post [kesk@terviseamet.ee](mailto:kesk@terviseamet.ee)

**MENETLUSTOIMINGU PROTOKOLLI NR** ............................................... **LISA: IMMUNISEERIMISE KORRALDAMISE NÕUDED**

**LÄBIVAATUSE JA DOKUMENTIDEGA TUTVUMISE KÄIGUS TUVASTATUD ASJAOLUD:**

|  |
| --- |
| **Jah** **Ei**  Tervishoiutöötaja on registreeritud tervishoiuteenuse osutaja tegevusloa juurde  **Märkused:**  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| Valduses kohapeal nõutud dokumentide esitamist:  jah  ei  Dokumendid: ..........................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  (kohapeal nõutud ja tutvutud dokumentide nimetus ja/või kirjeldus) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IMMUNISEERIJAD:**   Asutuses/ettevõttes tegelevad immuniseerimisega .............................. arsti ja .............................. õde.   |  |  | | --- | --- | | Immuniseerija | Täiendkursuse1 läbimise kuupäev ja korraldaja | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   1Immuniseerimisalane täiendkursus vastavalt Sotsiaalministeeriumi poolt heakskiidetud programmile.  **Märkused:**  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................   1. **IMMUNISEERIMISKAVA IMMUNISEERIMISTE LÄBIVIIMINE:**   Nimistusse/teeninduspiirkonda kuulub .............................. inimest,  sh arvel on .............................. kuni 18 a vanust last, neist .............................. kuni 7 a vanust last.  Koolis/kutsekoolis on .............................. õpilast.  **Jah** **Ei**  Lapsevanemate kirjalik teavitamine koolilaste plaanitavast immuniseerimisest.  On lapsi, kelle vanemad keeldusid immuniseerimisest. Laste arv: ..............................   |  |  | | --- | --- | | Vaktsineerimine, millest keelduti | Keeldunud laste arv | | Tuberkuloos (BCG) |  | | B-viirushepatiit (HepB) |  | | Rotaviirusnakkus (RV) |  | | Haemophilus influenzae b-nakkus (Hib) |  | | Difteeria, teetanus (dT) |  | | Läkaköha (aP, ap) |  | | Poliomüeliit (IPV) |  | | Leetrid, mumps, punetised (MMR) |  | | Papilloomiviirusnakkus (HPV) |  |   HPV vaktsineerimisega seotud täiendav info:  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  **Jah** **Ei**  Lapsevanemate keeldumised säilitatakse lapse/õpilase tervisedokumentide hulgas.  Ajutiste ja alaliste vastunäidustuste tuvastamine enne immuniseerimist.  Alalise immuniseerimise vastunäidustustega lapsed on olemas.  Laste arv ..............................  RHK diagnoosid ....................................................................................................................................  Kehtiva tähtajaga anafülaktilise šoki vastased preparaadid on olemas.  Viimased immuniseerimisalased aruanded („Nakkushaiguste immunoprofülaktika”, „Laste, õpilaste ja noorukite hõlmatus immuniseerimistega”) on esitatud Terviseameti .............................. regionaalosakonna .................................................. esindusele nõuetekohaselt.  Koolilaste immuniseerimise plaan on koostatud.  Immuniseerimised registreeritakse elektroonselt/paberkandjal peetavas immuniseerimis-raamatus nõuetekohaselt.  Immuniseerimised dokumenteeritakse Tervise Infosüsteemis (TIS) nõuetekohaselt.  **Märkused:**  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Läbivaatuse käigus kontrolliti pisteliselt .............................. lapse/õpilase tervisekaarti.  Üle 3 kuu vanustele lastele teostatakse enne BCG-vaktsiini manustamist tuberkuliintest.  Lapsed/õpilased, kelle tervisekaardis puuduvad andmed eelnevate immuniseerimiste kohta. Laste arv: ..............................  Immuniseerimisandmete puudumise põhjused:  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Immuniseerimise dokumenteerimisel tuvastatud puudused:  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................   1. **MUUD IMMUNISEERIMISED:**   **Jah** **Ei**  Täiskasvanute profülaktiline immuniseerimine difteeria ja teetanuse vastu.  Traumadega patsientide immuniseerimine teetanuse vastu.  dT vaktsiini tagavara on olemas.  Marutõve kokkupuutejärgse immuniseerimise teostamine.  Marutõve kokkupuute-eelse immuniseerimise teostamine.  Kollapalaviku vastu immuniseerimise teostamine.  Terviseametit on kirjalikult teavitatud kollapalaviku vastasest immuniseerimise teostamisest  Rahvusvaheline vaktsineerimise või profülaktika tõend vormistatakse nõuetekohasel  blanketil.  **Märkused:**  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................   1. **IMMUUNPREPARAATIDE KÄITLEMINE:**   **Jah** **Ei**  Immuunpreparaatide transportimise, arvestuse ja säilitamise eest vastutav isik / isikud on määratud: ................................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................  (nimi, ametikoht, kk number)  Immuunpreparaatide transportimise ja säilitamise ning arvestuse tööeeskirjad on kinnitatud .................................................. poolt.  Vastutava isiku äraoleku ajal on määratud asendaja ...........................................................  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  (nimi, ametikoht, kk number)  Immuunpreparaatide arvestust peetakse nimetuste ja partiinumbrite järgi.  Immuunpreparaatide summaarne sissetulek ja summaarne kasutamine on tuvastatav.  Immuunpreparaatide arvestusdokumendid säilitatakse asutuses vähemalt 2 aastat ravimi kasutamise kuupäevast arvates.  Immuunpreparaadid säilitatakse ja transporditakse vastavalt tootja/müügiloa omaniku poolt määratud tingimustele.  Külmseadmete arv vaktsineerimiskohas: ..............................  Immuunpreparaatide säilitamise temperatuuri mõõtmise kohad külmseadmetes on määratud.  Immuunpreparaatide säilitamise temperatuuri mõõtmine toimub iga päev ja mõõtmistulemused on dokumenteeritud vastavalt tööeeskirjadele.  Immuunpreparaatide lahustid säilitatakse vastavalt tootja poolt esitatud nõuetele.  Immuunpreparaatide tagavara ei ületa ühe kuu vajadust.  Kõlbmatute immuunpreparaatide arvestust peetakse, märkides ravimite nimetuse, pakendite suuruse ja arvu, partii numbri ning käibelt kõrvaldamise põhjuse.  Läbivaatuse käigus tuvastati kõlbmatuid immuunpreparaate.  Kõlbmatud immuunpreparaadid on arusaadavalt märgistatud ja eraldatud muudest immuunpreparaatidest.  Aruanded kasutatud mitmedoosiliste immuunpreparaatide kohta esitatakse Terviseameti .............................. regionaalosakonna .................................................. esindusele nõuetekohaselt.  Mitmedoosilise viaali avamise aeg ja lubatud kasutamise aeg on pakendile märgitud.  **Märkused:**  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................   1. **IMMUNISEERIMISTEGEVUSEGA SEOTUD OHTLIKE JÄÄTMETE HÄVITAMINE:**   **Jah** **Ei**  Ohtlikud jäätmed kogutakse vastavalt märgitud anumasse.  Ohtlikud jäätmed antakse edasiseks käitlemiseks üle ohtlike jäätmete käitlemislitsentsi omavale ettevõttele.  Ohtlikud jäätmed antakse edasiseks käitlemiseks üle ettevõttele või asutusele, kellel on olemas leping ohtlike jäätmete käitlemislitsentsi omava ettevõttega.  Ravimite üleandmise kohta nende käitleja poolt koostatakse akt, kuhu kantakse ravimi nimetus, tootja nimi, ravimipartii number, kogus, ravimid hävitamiseks üleandnud isiku nimi ja ravimid vastuvõtnud isiku nimi. Üleandja ja vastuvõtja kinnitavad toimingut aktil kuupäeva märkimise ja allkirjaga. Akt koostatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb üleandjale ja teine vastuvõtjale.  Ravimite üleandmise aktid säilitatakse asutuses 2 aastat.  **Märkused:**  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **Läbivaatusel:**  teostati mõõtmised  Külmseadme temperatuurinäidud inspekteerimise ajal:  I näit: .................................................. ºC  II näit: .................................................. ºC  III näit: .................................................. ºC  Järelevalveametniku poolt mõõdetud temperatuurinäidud:  I näit: .................................................. ºC  II näit: .................................................. ºC  III näit: .................................................. ºC  95% usaldatavusega jääb temperatuuri mõõdetud väärtus vahemikku: ..................................................  Termomeetri tüüp: ..................................................  Termomeeter taadeldud/kalibreeritud: ..................................................  **Märkused:**  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **Täiendavad märkused:**  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **Ametnik:** ...............................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................  (nimi, allkiri) |