

Regulamin Realizacji Profilaktyki Zakażeń Meningokokowych typu B przez Mościckie Centrum Medyczne 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 spełniają 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 jest zadeklarowane do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. w Tarnowie.

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.

Do udziału w programie zakwalifikowane zostaną 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 a zadeklarowane do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o.o. w Tarnowie.

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 szczepienia pierwotnego a dawką uzupełniającą
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 szczepienia pierwotnego a dawką uzupełniającą
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 szczepienia pierwotnego a dawką uzupełniającą

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 dziecięcą Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Na wizytę kwalifikacyjną należy zgłosić się z:

- 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

Program jest realizowany w okresie od 4 listopada 2024 roku do 12 grudnia 2025 roku lub do wyczerpania limitu przeznaczanego przez Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o. w Tarnowie na ten cel.

Planowana kwota na realizację szczepień wynosi łącznie 34 300,00 zł, z czego planowane jest podanie 70 dawek szczepionki.

Świadczenia zdrowotne w ramach Programu będą realizowane w Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla dzieci zlokalizowanej w budynku Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o.o. w Tarnowie przy ul. E. Kwiatkowskiego 15, nr telefonu kontaktowego 146880584.

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 **Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o.** z siedzibą w Tarnowie przy ul. E. Kwiatkowskiego 15.

We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez **Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o.** z siedzibą w Tarnowie przy ul. E. Kwiatkowskiego 15 można się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych placówki pod adresem e-mail: iod@mcm.net.pl, tel: 14 6880511 lub pisemnie na adres siedziby Spółki.

Szczegółowa klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o.o. w Tarnowie: https://www.mcm.net.pl/przetwarzanie_danych/

7. Postanowienia końcowe

W przypadku złożenia nieprawdy w oświadczeniu, o którym mowa w pkt 1 niniejszego Regulaminu, Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o. jest uprawnione do dochodzenia zapłaty za wykonanie świadczenie.

PROKURENT

Teresa Majerek

Syr



załącznik nr 1
do Regulaminu Realizacji Profilaktyki Zakażeń Meningokokowych typu B
przez Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o. w Tarnowie.

Oświadczenie o miejscu zameldowania i zamieszkania oraz zadeklarowaniu dziecka do Lekarza POZ

.....
Imię i Nazwisko dziecka

.....
Imię i Nazwisko opiekuna prawnego

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

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

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 oraz jest zadeklarowane do Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o.o. w Tarnowie.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis opiekuna prawnego

Oświadczenie o akceptacji Regulaminu Realizacji Profilaktyki Zakażeń Meningokokowych typu B

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Regulamin Realizacji Profilaktyki Zakażeń Meningokokowych typu B przez Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o. w Tarnowie.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis opiekuna prawnego

HA



załącznik nr 2
do Regulaminu Realizacji Profilaktyki Zakażeń Meningokokowych typu B
przez Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o. w Tarnowie.

Rezygnacja z udziału w programie

.....
Imię i Nazwisko dziecka

.....
Imię i Nazwisko opiekuna prawnego

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

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

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

Powodem mojej rezygnacji jest *(pole nieobowiązkowe)*:

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis opiekuna prawnego