

20151774891

## МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО

Врз основа на член 37 од Законот за заштита на населението од заразни болести (“Службен весник на Република Македонија” бр. 66/04, 139/08, 99/09, 149/14), Министерот за здравство, донесе

### **ПРАВИЛНИК ЗА ИМУНОПРОФИЛАКСА, ХЕМИОПРОФИЛАКСА, ЛИЦАТА КОИ ПОДЛЕЖАТ НА ОВИЕ МЕРКИ, НАЧИНОТ НА ИЗВЕДУВАЊЕ И ВОДЕЊЕ НА ЕВИДЕНЦИЈА И ДОКУМЕНТАЦИЈА**

#### I. ОСНОВНИ ОДРЕДБИ

##### Член 1

Со овој правилник поблиску се пропишуваат имунопрофилактиката, хемиопрофилактиката, лицата кои подлежат на овие мерки, начинот на изведување и водење на евиденција и документација.

За имунопрофилактика и хемиопрофилактика против одредени заразни болести се употребуваат имунобиолошки препарати (вакцини и специфични имуноглобулини) и лекови, кои имаат сертификат и за кои е издадена дозвола за пуштање во промет од страна на надлежната институција за контрола на лекови во Република Македонија и се според препораките на Светската Здравствена Организација.

##### Член 2

Имунизацијата може да биде активна и пасивна.

Активната имунизација се спроведува со вакцинација, односно ревакцинација.

За активна имунизација против одредени заразни болести се употребуваат вакцини произведени од мртви или живи, но доволно ослабени (атенуирани) причинители на заразни болести или нивни производи и вакцини добиени на база на генетска, рекомбинантна технологија.

За пасивна имунизација се употребуваат специфични имуноглобулини од хумано потекло.

##### Член 3

Вакцинацијата против една заразна болест се спроведува со давање на поединечна вакцина (моновалентна), а против повеќе заразни болести со давање на комбинирана вакцина (поливалентна), или истовремено давање на повеќе поединечни или комбинирани вакцини.

При истовременото давање на повеќе инјекциони вакцини, вакцините се даваат во различни екстремитети.

Ревакцинацијата против заразна болест се спроведува со давање на една доза (buster) од соодветната поединечна, односно комбинирана вакцина или нивно истовремено давање.

##### Член 4

Растојание помеѓу давање на две различни мртви вакцини, жива вакцина и вакцина добиена на база на генетска, рекомбинантна технологија, мртва вакцина и вакцина добиена на база на генетска, рекомбинантна технологија, или една мртва и една жива вакцина не се потребни.

Растојанието помеѓу давање на различни живи вакцини, доколку не се даваат истовремено, мора да биде најмалку четири недели.

Растојанието помеѓу давање на две дози од иста вакцина не смеат да бидат пократки од препорачаните минимални интервали помеѓу дозите, регулирани со овој правилник и согласно препораката од производителот.

Доколку растојанието помеѓу дозите на вакцина го надмине препорачаниот интервал дозите не се поништуваат и се продолжува со вакцинација со следна доза.

Растојание помеѓу давање на мртви вакцини и имуноглобулини не е потребно.

Растојание помеѓу давање на живи вакцини и имуноглобулини, потребно е во следните случаи:

1. Ако се дадени: трансфузија на крв, деривати на крв кои содржат антитела или имуноглобулини, во растојание пократко од 14 дена после давањето на жива вирусна вакцина, живата вакцина мора да се даде повторно во предвиденото растојание после имуноглобулинот, освен оралната полио вакцина која во тој случај не мора да се повтори;

2. Ако се дадени: трансфузија на крв, деривати на крвта кои содржат антитела или имуноглобулин, живата вакцина може да се даде најрано после три месеци, по совет на имунолог, освен орална полио вакцина која може да се даде во било кое растојание после давањето на наведените препарати.

#### Член 5

Активна имунизација против заразните болести се спроведува во текот на целата година.

Активната имунизација се спроведува се додека не се опфатат сите лица за кои е пропишана имунизација, освен лицата кај кои се утврдени трајни контраиндикации.

Ако во која и да е населба или во дел од населба бројот на имунизирани лица е под 95% опфат, согласно мислењето на Институтот за јавно здравје на Република Македонија и Државниот санитарен и здравствен инспекторат, имунизацијата се спроведува се додека не се достигне потребниот процент.

Пасивна имунизација се спроведува по индикација.

## II. КОНТРАИНДИКАЦИИ

#### Член 6

Епидемија на заразна болест против која се спроведува имунизација не е контраиндикација за имунизација на лицата против таа болест.

Епидемија на една заразна болест може да биде привремена контраиндикација за спроведување на имунизација против други заразни болести (освен против: беснило, акутен вирусен хепатит Б и тетанус, кај експонирани и повредени лица) врз основа на мислењето на епидемиолошката служба на надлежниот Центар за јавно здравје односно неговата организациона единица за своето подрачје, Центарот за јавно здравје Скопје, за град Скопје и Институтот за јавно здравје на Република Македонија за територијата на Република Македонија (во натамошниот текст: ЦЈЗЦЈЗСкопје и ИЈЗ РМ).

#### Член 7

Имунизација против заразни болести не може да се спроведе кај лица кај кои постојат контраиндикации, сè додека тие постојат.

Контраиндикација за имунизација на поедини лица против заразни болести можат да бидат општи и посебни, а по траење – привремени или трајни.

#### Член 8

Општи контраиндикации за активна имунизација се:

1. Акутни заболувања
2. Фебрилни состојби
3. Анафилаксија на компоненти на вакцината
4. Тешки поствакцинални компликации на претходната доза на вакцина

Освен контраиндикациите од ставот 1. на овој член, контраиндикации за живи вирусни вакцини се и:

1. Состојби на намалена отпорност (имунодефициентна состојба заради: примарни имнодефициентни состојби, малигни заболувања, терапија со антиметаболици, поголеми дози кортикостероиди, алкилирачки соединенија или со радијација и други утврдени состојби на имуносупресија);

2. Бременост.

Контраиндикациите не се однесуваат на имунизација кај експонирани и повредени лица против беснило, акутен вирусен хепатит Б и тетанус, освен во случаите на анафилаксија на компоненти на вакцина против беснило, акутен вирусен хепатит Б и тетанус, кога може да се даде само специфичен имуноглобулин.

Посебни контраиндикации за активна имунизација наведени се со секоја имунизација посебно.

#### Член 9

Привремена контраиндикација за имунизација против одредена заразна болест утврдува доктор на медицина кој ја спроведува имунизацијата, односно под чиј надзор таа се спроведува, со преглед на лицата кои се имунизираат и со увид во здравствената документација на тие лица.

Постојење на привремена контраиндикација се впишува во здравствената документација (картонот за имунизација - личниот картон за извршена имунизација) и се одредува време и место за спроведување на одложената имунизација.

#### Член 10

Трајните контраиндикации за примена на одредена вакцина кај одредени лица ги одредува посебно тело - Стручен тим за утврдување на трајни контраиндикации и поствакцинални компликации, при ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести - Скопје (во понатамошниот текст: стручен тим).

Стручниот тим од ставот 1 на овој член се назначува од страна на министерот за здравство.

Стручниот тим ги одредува трајните контраиндикации за имунизација на одредени лица на територијата на целата држава.

За работата на Стручниот тим се води посебна евиденција и документација при ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести Скопје.

Стручниот тим го сочинуваат постојани членови:

1. Доктор на медицина, специјалист епидемиолог;
2. Доктор на медицина, специјалист педијатар.
3. Доктор на медицина, специјалист имунолог

Стручниот тим се состанува на барање на докторот кој спроведува имунизација и кој поднесува Барање за утврдување на трајни контраиндикации за спроведување на имунизација кај поедино лице, или на барање на епидемиолошка служба на ЦЈЗ/ОЕ односно ЦЈЗСкопје, по спроведено истражување околу пријавената поствакцинална компликација.

Барање од ставот 5 на овој член докторот го поднесува на Образец број 1, а надлежната епидемиолошка служба на Образец број 1А, кои се дадени во прилог на овој правилник и претставуваат негов составен дел.

Докторот кој поднесува Барање за утврдување на трајна контраиндикација за имунизација со одредена вакцина за одредено лице, учествува во работата на Стручниот тим до утврдување на трајната контраиндикација.

На барање на постојаните членови на Стручниот тим, од страна на министерот за здравство може да се одредат и други, повремени членови од разни специјалности од медицината кои ќе учествуваат во работата на Стручниот тим.

#### Член 11

Стручниот тим утврдува трајна контраиндикација за имунизација со одредена вакцина и за тоа издава потврда.

Потврдата се издава ако се утврди постоење на трајна контраиндикација за имунизација против одредена болест со одредена вакцина, или ако се утврди тешка поствакцинална компликација на претходно дадената доза вакцина.

Потврда од ставот 1 на овој член се издава на Образец број 2 кој е даден во прилог на овој правилник и претставува негов составен дел.

Потврдата Стручниот тим ја доставува до епидемиолошката служба при надлежниот ЦЈЗ или ЦЈЗСкопје, епидемиолошката служба при ИЈЗ РМ, како и на здравствената установа која ја спроведува имунизацијата и матичниот доктор на лицето кај кое е утврдена трајна контраиндикација за одредена вакцина.

Сите горенаведени здравствени установи водат евиденција за доставените потврди за трајна контраиндикација за одредена вакцина на територијата за која се основани.

Утврдената трајна контраиндикација се впишува во здравствената документација на пациентот (картонот за имунизација - личниот картон за извршени имунизации, здравствениот картон и здравствената легитимација/електронска здравствена карта).

### III. ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ОДРЕДЕНИ ЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ

#### Член 12

Имунизацијата против одредени заразни болести опфаќа:

1. Задолжителна активна имунизација на лица на одредена возраст;
2. Задолжителна имунизација на лица експонирани на одредени заразни болести по епидемиолошки индикации;
3. Активна имунизација на лица по клинички и епидемиолошки индикации;
4. Активна имунизација на патници во меѓународниот сообраќај.

#### **1. Задолжителна континуирана активна имунизација на лица на одредена возраст**

##### **1.1. Активна имунизација против акутен вирусен хепатитис Б**

#### Член 13

Вакцинацијата против акутниот вирусен хепатитис Б се спроведува со вакцина против хепатитис Б (во понатамошниот текст НВ вакцина), произведена со метод на генетски инжињеринг, како поединечна НВ вакцина или во состав на поливалентна вакцина.

Со вакцинацијата се опфаќаат сите новороденчиња.

#### Член 14

Вакцинацијата се спроведува со давање на три дози НВ вакцина, како поединечна НВ вакцина или во состав на поливалентна вакцина .

Првата доза на вакцина, на децата кои се родени во родилиште се дава во родилиштето, како поединечна НВ вакцина во текот на првите 24 часа по раѓањето.

Првата доза на вакцина на деца кои не се родени во родилиште се дава веднаш, во надлежната здравствена установа која спроведува вакцинација.

Втората доза на вакцина се дава на растојание кое не смее да биде пократко од еден месец по давање на првата доза.

Третата доза на вакцина се дава на растојание не пократко од шест месеци после давањето на првата доза на НВ вакцина, односно не пократко од два месеца после давањето на втората доза.

Вакцинација против акутниот вирусен хепатит Б по правило треба да се заврши до навршени 12 месеци живот, а најдоцна до 18 месеци од животот.

#### Член 15

Вакцинацијата се врши со 0,5 ml (педијатриска доза) интрамускулно, во предно-надворешниот дел на натколеницата.

#### Член 16

Децата кај кои не е отпочната вакцинацијата до 18 месеци од животот, се вакцинираат најдоцна до отпочнување на основното образование, со давање на три дози НВ вакцина ( педијатриска доза ) по шема 0, 1 и 6 месеци.

Децата кои не се потполно вакцинирани до 18 месеци од животот ги примаат дозите на вакцина кои им недостигаат, најдоцна до отпочнување на основното образование.

Вакцината се дава 0,5 мл. длабоко интрамускулно во делтоидниот мускул.

### **1.2. Активна имунизација против туберкулоза**

#### Член 17

Вакцинација против туберкулоза се спроведува со жива вакцина добиена од *Bacillus Calmette-Guerin* (во понатамошниот текст: BCG вакцина) кај деца во прва година од животот.

#### Член 18

Децата се вакцинираат со BCG вакцина при отпуштање од родилиште, а деца родени надвор од родилиште до навршени 2 месеци од живот.

Децата кои не можеле да бидат вакцинирани во родилиште, односно до навршени 2 месеци од животот, треба да се вакцинираат до навршени 12 месеци од животот.

Вакцинацијата кај деца до 12 месеци од животот се врши без претходно туберкулинско тестирање. Исклучок се оние деца кои живеат со познат извор на туберкулозна инфекција, кај кои се врши туберкулинско тестирање и се вакцинираат само негативните.

Децата кои наполниле 12 месеци од животот, а сеуште не се вакцинирани против туберкулоза, подлежат на задолжителна BCG вакцинација до наполнети 14 години од животот, по претходно туберкулинско тестирање. Се вакцинираат само децата со негативна туберкулинска реакција, а децата со позитивен туберкулински тест не подлежат на вакцинација.

Децата родени од ХИВ позитивни мајки се вакцинираат после 3 месеци од раѓањето, само ако се ХИВ негативни.

Децата родени од мајки со бактериолошки потврдена активна форма на туберкулоза се вакцинираат после давање на хемиопротекција во траење од три месеци, само ако туберкулинскиот тест е негативен. Кај децата со туберкулин позитивен тест се продолжува со хемиопротекција до 6 месеци.

Деца родени во родилиште од мајки со негативна форма на туберкулоза (или вонбелодробна форма на туберкулоза) се вакцинираат при отпуштање од родилиште.

Доказ за успешна вакцинација е белег на местото на апликација на вакцината, поголем од 3 мм во пречник. Децата кои немаат белег или белегот е помал од 3 мм, треба повторно да се вакцинираат во седмиот месец, а најдоцна до навршување на 12 месеци од животот.

Кај децата над 12 месечна возраст кај кои не е формиран белег после две уредно спроведени вакцинации во текот на првата година од животот, не е потребно повторно вакцинирање.“

#### Член 19

На вакцинација против туберкулоза подлежат и здравствени работници и друг помошен персонал, кои се вработуваат во здравствени установи во кои се дијагностицираат и лекуваат болни од туберкулоза, ако туберкулинскиот тест им е негативен.

#### Член 20

Ревакцинација против туберкулоза не се спроведува.

#### Член 21

Вакцината BCG се дава во доза 0,05 ml за деца до 12 месеци од животот, а за деца постари од 12 месеци во доза од 0,1 ml интрадермално, во пределот на делтоидниот мускул на левото рамо.

#### Член 22

Туберкулинско тестирање се врши по методата Mantoux, со интрадермална апликација на 0,1 ml туберкулин ППД РТ 23, со 5 туберкулински единици. Се аплицира на границата помеѓу горната и средната третина на левата подлактица, на границата помеѓу дорзалната и воларната страна.

Резултатот од туберкулинското тестирање се чита после 72 часа.

Туберкулинската реакција се смета за негативна ако нема никаква реакција на местото на апликацијата или зоната на индурација е помала од 6 мм во пречник.

Туберкулинската реакција е позитивна ако пречникот на зоната на индурација е во границите од 6-15 мм.

Хиперреакција на туберкулин постои доколку зоната на индурација е поголема од 16 мм и поголема од 16 мм. во пречник.

Децата кај кои туберкулинската реакција е поголема од 16 мм се упатуваат во диспанзери за белодробни заболувања и туберкулоза или во ЈЗУ „Институт за белодробни заболувања и туберкулоза“ во Скопје.

#### Член 23

Освен општите контраиндикации од членот 8 на овој правилник за вакцинација против туберкулоза, посебни контраиндикации се пореметувања на целуларниот имунитет поради ХИВ инфекција и други причини.

### **1.3. Активна имунизација против заболувања причинети од хемофилус инфлуенца тип „Б“**

#### **Член 24**

Вакцинација против заболувања причинети од хемофилус инфлуенце тип „Б“ се спроведуваат со давање на коњугирана вакцина против заболувања причинети од хемофилус инфлуенце тип „Б“ (во понатамошниот текст: Нib вакцина), како пединечна или во состав на поливалентна вакцина.

Вакцинацијата со Нib вакцина се спроведува кај деца со навршени 60 дена од животот (навршени 2 месеци) до навршени 6 месеци од животот, со давање на три дози Нib вакцина на растојание од 1 до 3 месеци.

Доколку вакцинацијата со Нib вакцина не е започната до навршени 6 месеци од животот, вакцинацијата кај деца на возраст од 6 месеци до 12 месеци се спроведува со давање на две дози вакцина на растојание кое не смее да биде пократко од еден месец.

Вакцинацијата кај деца од навршени 12 месеци од животот до 5 години, се спроведува со давање на една доза Нib вакцина.

Ревакцинација на децата кои се примовакцинирани до 12 месеци се врши со давање на една доза Нib вакцина после 6 месеци од последната примена доза, најдоцна до 18 месеци, а за примовакцинираните по навршени 12 месеци не се дава ревакцинација.

Нib вакцината се дава интрамускулно, во предно-надворешниот дел на натколеницата, а кај поголеми деца може и во делтоидниот мускул по 0,5 мл.

### **1.4. Активна имунизација против дифтерија, тетанус и голема кашлица**

#### **Член 25**

Вакцинација против дифтерија, тетанус и голема кашлица се спроведуваат со давање на комбинирана вакцина против дифтерија, тетанус и голема кашлица ацелуларна или целуларна (во понатамошниот текст: DTaP или DTwP вакцина) како поединечна или во состав на поливалентна вакцина.

Вакцинација против дифтерија, тетанус и голема кашлица започнува кога детето ќе наврши 60 дена од животот (навршени два месеци) и по правило треба да се заврши до навршување на 6 месеци од животот на детето, а најдоцна до навршени 12 месеци од животот.

Ако од било кои причини вакцинацијата од ставот 2. на овој член не се спроведе во предвидениот рок, или не се спроведе потполно, детето ќе се вакцинира во периодот и после навршени 12 месеци од животот, а најдоцна до навршени 5 години од животот.

#### **Член 26**

Вакцинацијата се спроведува со давање на серија од три дози DTaP или DTwP вакцина на препорачано растојание од 1 до 3 месеци.

#### **Член 27**

Лицата кои не го примиле пропишаниот број дози ги примаат дозите кои им недостасуваат, без оглед на растојанието меѓу нив.

Растојанието помеѓу две дози од вакцината не смее да биде пократко од 1 месец.

#### **Член 28**

Покрај општите контраиндикации од членот 8 од овој правилник – посебни контраиндикации за вакцинација против голема кашлица со примена на DTwP вакцина се еволутивни невролошки заболувања (неконтролирана епилепсија, инфантилни спазми, прогресивна енцефалопатија).

#### Член 29

Детето од навршени 2 месеци од животот до навршени 5 години, кај кое ќе се утврди постоење на контраиндикација за примена на DTwP вакцина заради тешка поствакцинална компликација на претходната доза DTwP вакцина (целуларна вакцина), ќе се вакцинира со DT вакцина или комбинирана вакцина против дифтерија, тетанус со ацелуларна пертусис компонента (во понатамошниот текст: DTaP вакцина) на начин кој ќе го утврди стручниот тим од членот 10 од овој правилник.

Детето од навршени 2 месеца до навршени 5 години од животот кај кое ќе се утврди постоење на трајна контраиндикација за примена на DTwP или DTaP вакцина поради посебна контраиндикација за вакцинација против голема кашлица, ќе се вакцинира со комбинирана вакцина против дифтерија и тетанус (во понатамошниот текст DT вакцина).

#### Член 30

Вакцинацијата против дифтерија, тетанус и пертусис се спроведува и кај деца од навршени 5 до навршени 14 години живот, ако дотогаш не се вакцинирани против овие заболувања или ако нема докази дека се вакцинирани, со давање на три дози комбинирана вакцина и тоа: прва доза на вакцината (DT, DTaP или dT) се дава веднаш, втората доза се дава на растојание не пократко од 1 месец од претходно дадената прва доза, а третата доза на растојание не пократко од 1 месец од втората доза и препорачано не подолго од 6 месеци од првата дадена доза.

Непотполно вакцинирани лица кои претходно примиле само една доза вакцина, ги примаат дозите кои недостигаат, до вкупно три дози и тоа втората доза веднаш третата доза на растојание не пократко од еден месец од втората доза.

Непотполно вакцинирани лица кои во минатото примиле две дози вакцина веднаш ја примаат третата доза која им недостасува.

#### Член 31

Вакцинација против тетанус се спроведува и кај лица постари од 14 години од животот ако дотогаш не биле вакцинирани против ова заболување или ако нема докази за вакцинарање, со давање на три дози вакцина против тетанус – тетанусен токсид (во понатамошниот текст: TT вакцина), и тоа првата доза се дава веднаш, втората доза на растојание не пократко од еден месец после првата доза, а третата доза на растојание не пократко од 1 месец од втората доза и препорачано не подолго од 6 месеци од приемот на првата доза вакцина.

Вакцинација против тетанус се спроведува и кај лица постари од 14 години живот ако се непотполно вакцинирани, а примиле една или две дози вакцина со давање на дозите кои недостасуваат, до вкупно три дози.

#### Член 32

Ревакцинацијата против дифтерија, тетанус и голема кашлица се спроведува една година после примо вакцинацијата.

Првата ревакцинација против дифтерија, тетанус и голема кашлица се спроведува со давање на една доза на DTaP или DTwP вакцина како поединечна или во состав на поливалентни вакцини кога ќе помине една година од потполната вакцинација.

Втора ревакцинација против дифтерија, тетанус и голема кашлица се спроведува со давање на DTwP вакцина, или вакцина DTaP најдоцна до петгодишна возраст.

Трета ревакцинација против дифтерија и тетанус се спроведува во второ одделение од основното образование со давање на една доза DT за деца со неполни 7 години или dT (вакцина за возрасни) за деца со наполнети 7 години.



Четврта ревакцинација против дифтерија и тетанус се спроведува со давање на една доза dT (вакцина за возрасни) во завршното одделение на основното училиште, односно до навршени 14 години живот на детето.

Петта ревакцинација против тетанус се спроведува со давање на една доза TT или dT вакцина на 18 годишна возраст, односно во завршната година на средното образование.

Примо и ревакцинацијата се спроведува со давање на 0,5 ml како поединечни или во состав на поливалентни вакцини, интрамускулно во пределот на делтоидниот мускул.

### **1.5. Активна имунизација против детска парализа**

#### **Член 33**

Вакцинација против детска парализа се спроведува веднаш откако детето ќе наврши 60 дена од животот (навршени 2 месеци) до навршени 14 години живот.

По исклучок, на вакцинација против детска парализа подлежат и децата веднаш по раѓањето (нулта доза на вакцина), ако за тоа постојат епидемиолошки индикации.

#### **Член 34**

Вакцинација против детска парализа се спроведува со жива тритипна орална полио вакцина (во понатамошниот текст: OPV3) ,жива двотипна орална полио вакцина (во понатамошниот текст: OPV2), и/ или мртва тритипна инактивирана полио вакцина (во понатамошниот текст: IPV) како поединечна или во состав на поливалентни вакцини.

Вакцинацијата започнува кога детето ќе наврши 60 дена од животот и се спроведува со давање на три дози вакцина на растојание од 1 до 3 месеци и по правило треба да заврши до 6 месеци од животот, а најдоцна до навршени 12 месеци од животот.

Вакцинацијата со OPV3 или OPV 2 или IPV се спроведува со давање на три дози на растојанија кои не треба да бидат пократки од 4 недели.

Доколку до навршените 12 месеци од животот, не започнала вакцинацијата на детето со примена на прва доза вакцина против детската парализа, вакцинацијата се спроведува со давање на три дози , ОПВ 3, OPV2 или IPV.

Во случаи на имунодефициенција и трајна контраиндикација за OPV вакцина, вакцинација против детска парализа се спроведува со IPV, со апликација на три дози, на растојание кое не може да биде пократко од 4 недели.

#### **Член 35**

Ревакцинацијата се спроведува со давање на една доза OPV3, OPV2 или IPV како поединечна или во состав на поливалентна вакцина, освен во случаите на имунодефициенција кога се дава една доза IPV.

Првата ревакцинација против детската парализа се спроведува кај деца по една година од завршувањето на потполна вакцинација.

Втората ревакцинација против детска парализа се спроведувана на 7 годишна возраст, односно во второ одделение од основното образование.

Третата ревакцинација против детска парализа се спроведува во завршното одделение на основното училиште, најдоцна до 14 годишна возраст.

OPV3 и OPV2 се дава со капнување на две капки вакцина во уста, а IPV се дава интрамускулно во доза од 0,5 ml, во делтоидниот мускул како поединечна или во состав на поливалентна вакцина.

## **1.6. Активна имунизација против мали сипаници, заушки и црвенка – рубеола**

### **Член 36**

Вакцинацијата против мали сипаници, заушки и црвенка – рубеола се спроведува кај деца од навршени 12 месеци до навршени 14 години од животот, со давање на една доза комбинирана жива вакцина против мали сипаници, заушки и црвенка – рубеола (во понатамошниот текст: MRP вакцина).

MRP вакцина се аплицира кога детето ќе наврши 12 месеци од животот, а треба да се спроведе најдоцна до навршени 15 месеци од животот.

### **Член 37**

Ако според проценката на епидемиолошката служба постојат епидемиолошки индикации, имунизација против мали сипаници е задолжителна и за децата од шест до 12 месеци од животот, но тие повторно се вакцинираат од 15 до 24 месеци од животот.

На имунизација против мали сипаници подлежат и децата од навршени 15 месеци до 14 години од животот кои се имунизирани против мали сипаници, ако за тоа постојат епидемиолошки индикации (заболување на имунизирани, епидемија на мали сипаници кај децата од таа возраст) што ги утврдил надлежниот орган во државата и ако од претходната имунизација против мали сипаници изминало повеќе од една година.

### **Член 38**

Ревакцинацијата против мали сипаници, заушки и црвенка – рубеола се спроведува при започнување на основното образование, со давање на една доза MRP вакцина.

Ако од било кои причини ревакцинацијата не се спроведе во предвидениот рок од ставот 1 на овој член, детето ќе се ревакцинира до навршени 14 години живот.

Ако од било кои причини детето не е вакцинирано согласно календарот, ќе се вакцинира и ревакцинира со MRP вакцина на растојание од најмалку 30 дена меѓу двете дози, најдоцна до 14 годишна возраст.

Вакцинацијата и ревакцинацијата се спроведува со давање на 0,5 ml субкутано или интрамускулно .

## **1.7. Активна имунизација против хуман папилома вирус - ХПВ**

### **Член 39**

Вакцинацијата против инфекции предизвикани со хуман папилома вирус (ХПВ) се спроведува со давање на рекомбинантна ХПВ вакцина на женски деца со наполнети 12 години .

Вакцинацијата се спроведува со давање на две дози на вакцина. Втората доза се дава на растојание од 6 месеци по примената прва доза.

Ако од било кои причини девојчето не е вакцинирано согласно календарот, се вакцинира со ХПВ вакцина по правило најдоцна до 14 годишна возраст.

Вакцинација со ХПВ вакцина кај девојчиња над 15 годишна возраст се врши со давање на три дози вакцина во период од 6 месеци.

Растојанието помеѓу првата и втората доза ХПВ вакцина не треба да е пократко од 1 месец.

Третата доза се дава на растојание не пократко од 1 месец од втората доза и на растојание 6 месеци од првата доза.

Вакцината се дава интрамускулно, со инјектирање на 0,5 ml вакцина во регијата на надлактицата.

#### Член 40

Покрај општите контраиндикации од овој правилник кои важат за останатите вакцини, при ХПВ вакцинацијата треба да се обрне внимание на појавата на алергиските реакции.

Вакцината не треба да се дава на лица кои се алергични на било која од состојките на вакцината, на лица кои имале сериозна алергиска реакција на претходна доза на ХПВ вакцина, како и на женски лица кои во моментот се бремени или планираат бременост (не се препорачува давање на вакцината во тек на бременост).

## **2. Задолжителна имунизација на експонирани лица на одредени заразни болести - по епидемиолошки индикации**

### **2.1. Активна и пасивна имунизација против акутен вирусен хепатитис Б**

#### Член 41

Активната имунизација против вирусен хепатитис Б се спроведува кај сите невакцинирани и непотполно вакцинирани лица вработени во здравствените установи, вклучувајќи ги и учениците и студентите во здравствено образовните струки (медицина, стоматологија, фармација) кои доаѓаат во непосреден контакт со инфективен материјал (крв или серум).

Покрај лицата од став 1 од оваа точка, вакцинација против вирусен хепатитис Б се спроведува и кај:

1. хемофиличари;
2. болни на хемодијализа;
3. полови партнери на HBsAg позитивни лица;
4. штитеници на установи за социјална заштита;
5. лица кои инјектираат дроги;
6. инсулин зависни болни од шеќерна болест;
7. болни од хроничен хепатит Ц;
8. лица со HIV/SIDA;
9. лица со регистрирани сексуално преносливи инфекции (СПИ) и нивни партнери;
10. лица кои имале инцидент со инфективен материјал (крв или серум).

Лица кои се HBsAg и анти HBsAg негативни, а живеат во близок контакт со носители на HBsAg исто така треба да се вакцинираат со HB вакцина, при што приоритет имаат нивните полови партнери.

#### Член 42

За вакцинација на деца помлади од 10 години се дава педијатриска доза вакцина (0,5 ml), а за вакцинација на лица постари од 10 години се дава доза за возрасни (1 ml) HB вакцина добиена со генетски инженеринг.

За вакцинација на пациенти на дијализа се дава двојна доза за определена возраст.

#### Член 43

Вакцинација против акутен вирусен хепатитис Б се спроведува со интрамускулно давање на три дози на HB вакцина по шема 0, 1 и 6 месеци.

Вакцинација на лица кои имале инцидент со инфективен материјал и вакцинација на новородени од HBsAg позитивни мајки се спроведува со давање на четири дози по шема: 0, 1, 2 и 12 месеци.

Првата доза на вакцина се дава веднаш по утврдената индикација, а најдоцна 12 часа од моментот на инцидентот, односно раѓањето.

Вакцинација на пациенти пред стапување на дијализа се врши по шема 0, 1, 2 и 6 месеци.

Невакцинираните и непотполно вакцинираните лица кои имале инцидент со инфективен материјал (крв или серум) и новородени деца на HBsAg позитивни мајки, подлежат и на задолжителна пасивна имунизација, односно задолжително се заштитуваат и со интрамускулно давање на хепатитис Б имуноглобулин (во понатамошниот текст: HBIG) во количина која ја препорачува производителот, веднаш по инцидентот, односно по раѓањето, а најдоцна 12 часа од моментот на инцидентот, односно на раѓањето.

По исклучок, ако хепатитис Б имуноглобулинот кај новородени деца од HBsAg позитивни мајки не е даден во првите 12 часа, може да се даде најдоцна до 7 дена од раѓањето.

HBIG се дава истовремено со првата доза вакцина, на спротивниот екстремитет.

#### Член 44

Ревакцинација се спроведува кај случаи на имунодефициенција и кај болните на дијализа, со една доза на HB вакцина, 5 години после потполната вакцинација.

### **2.2. Активна и пасивна имунизација против беснило**

#### Член 45

Активната имунизација против беснило се спроведува со давање на современи инактивирани вакцини против беснило за хумана употреба, произведени на култура на клетки и препорачани од СЗО, со потенцијал од најмалку 2,5 I.E. по поединечна доза.

Пасивната имунизација против беснило се спроведува истовремено, со примена на хуман антирабичен имуноглобулин.

#### Член 46

Предекспозициона вакцинација против беснило се спроведува кај лица кои непосредно, професионално се изложени на инфекција со вирусот на беснило и тоа: лабораториски работници кои се изложени на вирусот на беснило, ветеринари, ветеринарни техничари, ветеринарни хигиеничари, зоохигиеничари, ловочувари, шумари и препаратори на животни, крзнари (лица кои обработуваат крзно од мрши на животни и го подготвуваат за понатамошна употреба) и лица кои професионално доаѓаат во контакт со лилјаци.

Предекспозициона вакцинација против беснило се спроведува со давање на три поединечни дози на вакцина против беснило во пределот на делтоидниот мускул, наизменично на спротивната рака, по шема 0, 7 и 21 ден.

Ревакцинацијата против беснило се спроведува на секои три години се додека лицето е непосредно професионално изложено на ризикот од вирусот односно врши дејност согласно став 1 на овој член.

#### Член 47

Постекспозициона задолжителна имунизација против беснило се спроведува кај:

1. Лице кое го каснало или на друг начин повредило бесно или на беснило сомнително диво или домашно животно;
2. Лице кое го каснало куче или мачка на непознат сопственик, што не можат да се подложат на десетодневен ветеринарен надзор;
3. Лице кое го каснало куче или мачка, што во рок од десет дена од денот на повредата на лицето ќе покажат знаци на беснило, ќе пцовисаат, ќе бидат убиени или ќе заскитаат, а беснилото на животното не може да се исклучи со лабораториски преглед;

4. Лице кое можело да се зарази со вирусот на беснило преку слузница или оштетување на кожата.

#### Член 48

Постекспозициона имунизација против беснило се спроведува веднаш после утврдувањето на индикациите, со давање на 5 поединечни дози на вакцина против беснило во делтоидниот мускул, а кај малите деца во предно-надворешниот дел на натколеницата, интрамускулно, наизменично на спротивниот екстремитет, по шема 0, 3, 7, 14 и 28 дена.

Истовремено со давањето на прва доза на вакцина против беснило, во сите случаи, се дава еднократно и хуман антирабичен имуноглобулин (во натамошниот текст: HRIG) во дози од 20 I.E. на килограм телесна тежина.

HRIG се инфилтрира во самата рана и околу раната, а остатокот од потребната количина се дава интрамускулно во глутеалната регија.

HRIG се аплицира во сите случаи, без разлика на времето поминато од експозицијата на вирусот на беснило.

Потребната количина на HRIG не смее да се надмине.

Доколку постекспозиционата имунизација е започната со давање само на вакцина, додатното давање на HRIG може да се примени најдоцна до осмиот ден од започнатата вакцинација.

Лицата кои се комплетно вакцинирани против беснило со примена на современи вакцини против беснило од култура на клетки, согласно препораките на СЗО, после утврдената индикација од членот 47 од овој правилник, се вакцинираат со давање на две поединечни дози на вакцина против беснило во делтоидниот мускул, по шема 0 и 3 дена, без давање на HRIG, доколку не се поминати три години од последната вакцинација.

Лицата кај кои се поминати повеќе од три години од последната вакцинација против беснило се вакцинираат комплетно со пет дози по шема 0, 3, 7, 14 и 28 дена.

Кај лицата кои се некомплетно вакцинирани или кај кои не постои документација за вакцинација или кај кои постои докажана имуносупресија, после повторно утврдената индикација од членот 47 од овој правилник се спроведува комплетна активна и пасивна имунизација согласно со овој член.

Истовремено со имунизацијата против беснило се врши имунизација против тетанус, во согласност со овој правилник.

### **2.3. Активна и пасивна имунизација против тетанус кај повредени лица**

#### Член 49

Имунопрофилакса против тетанус кај повредени лица се спроведува со вакцинирање со адсорбирана TT (тетанус токсид) вакцина (или dT вакцина) и хуман антитетанус имуноглобулин (HTIG) на следниот начин:

1. Лицата кои се потполно вакцинирани и ревакцинирани против тетанус за својата возраст, а од последната доза до повредата не поминале 5 години, не добиваат никаква вакцина, ниту HTIG.

2. Лицата кои се потполно вакцинирани и ревакцинирани против тетанус за својата возраст, а од последната доза до повредата поминало над 5 години, а помалку од 10 години, добиваат само една доза TT (или dT) вакцина, веднаш после повредата, а не добиваат HTIG.

3. Лицата кои се потполно вакцинирани и ревакцинирани против тетанус за својата возраст, а од последната доза до повредата поминале повеќе од 10 години примаат TT (или dT) вакцина и 250 I.E. HTIG.

4. Лицата кои примиле помалку од три дози ТТ (или dT) вакцина продолжуваат со вакцинација до комплетирање на базичното вакцинирање (растојанието меѓу дозите да не е помало од еден ниту поголемо од 3 месеци) и примаат 250 I.E. HTIG.

5. Невакцинирани лица, лица за коишто не е познат вакциналниот статус или немаат во себе докуметација која би ја покажале на увид при повредата, отпочнуваат со вакцинација со ТТ (или dT) вакцина до комплетно вакцинирање со три дози по шема: прва доза ТТ (или dT) вакцина веднаш, втора доза на растојание не помало од еден месец ниту подолго од 3 месеци, трета доза 6 месеци после втората доза, а ревакцинацијата се врши со давање на една доза, една година после давањето на третата доза. Овие лица добиваат и HTIG со првата доза на вакцина, веднаш по настанување на повредата.

Вакцината ТТ (или dT) и HTIG се даваат истовремено, интрамускулно во спротивниот екстремитет.

## **2.4. Активна имунизација против црвен тифус**

### **Член 50**

На задолжителна вакцинација против црвен тифус по епидемиолошки индикации подлежат:

1. лица вработени на чистење на канализација и септички јами и на отстранување на смет и други отпадни материјали од населени места,
2. лица кои живеат во заедничко домаќинство со бацилоносител на црвен тифус,
3. лица вработени на ексхумација на тела на умрени лица.

На предлог на епидемиолошката служба на надлежниот ЦЈЗ за својата територија, ЦЈЗСкопје за својата територија и ИЈЗРМ за територијата на Република Македонија, на задолжителна вакцинација против црвен тифус по епидемиолошки индикации покрај лицата од став 1 на овој член подлежат и други целни групи, согласно Одлука на Комисијата за заразни болести при Министерството за здравство.

Вакцинацијата се спроведува со давање на една доза вакцина според препораките на производителот.

Ревакцинација на лицата кои подлежат на задолжителна вакцинација против црвен тифус се спроведува со давање на една доза вакцина, после три години од вакцинацијата и се повторува на секои три години, се додека трае индикацијата.

## **3. Активна имунизација по клинички и епидемиолошки индикации**

### **3.1. Активна имунизација против грип**

#### **Член 51**

Вакцинација против грип се спроведува со мртва инактивирана вакцина против грип, произведена од цели вируси или SPLIT вакцина која содржи делови од вирусот одговорни за имунитетот.

Според клинички индикации, вакцинацијата се спроведува кај лица постари од 6 месеци кои имаат хронични пореметувања на белите дробови и кардиоваскуларниот систем, метаболни пореметувања (вклучувајќи ја и шеќерната болест), бубрежна дисфункција, хемоглобинопатија, имуносупресија и друго.

Според епидемиолошки индикации вакцинација се спроведува кај:

1. Лица сместени во геронтолошки центри и кај лицата вработени во геронтолошките центри;

2. Млади и стари лица сместени во установи за социјална заштита и кај лицата вработени во тие установи;

3. Лицата вработени во здравствени установи кои даваат здравствени услуги и спроведуваат здравствена дејност, а особено во одделенијата со зголемен ризик, стационари за хронично заболени лица и друго;

4. Лица вработени во јавни служби кои се посебно експонирани на инфекција;

5. Лица постари од 65 години живот.

#### Член 52

Децата кои прв пат се вакцинираат добиваат две дози вакцина на растојание од 30 дена, а наредните години само по една доза вакцина согласно упатството на производителот.

Вакцината се дава интрамускулно или длабоко субкутано во делтоидната регија, согласно упатството на производителот.

### **3.2. Активна имунизација против заболувања предизвикани со *hemofilus influenza* тип „В“**

#### Член 53

Вакцинација против заболувања предизвикани со *hemofilus influenza* тип „В“ се спроведува со Hib вакцина, според клиничките индикации, кај деца постари од 2 години без оглед на претходниот вакцинален статус, и во случаите на :

1. Трансплантација на органи и ткива;
2. Спленектомија и српеста анемија;
3. Хемиотерапија и терапија со зрачење кај малигни тумори;
4. Симптоматски и асимптоматски HIV инфекции;
5. Кај други клинички утврдени состојби на имунодефициенција.

Вакцинацијата се спроведува со една доза на вакцина:

1. Во периодот од 14 или повеќе денови пред планираната трансплантација, елективна спленектомија, терапија со зрачење или хемотерапија кај малигни тумори;

2. Кај асимптоматска HIV инфекција.

Вакцинацијата се спроведува со две дози вакцина на растојание не пократко од еден месец во следните случаи:

1. После извршена трансплантација на органите и ткивата во тек на имуносупресивната терапија, а според советот на имунологот;

2. Кога слезината не е во функција или 14 и повеќе денови после извршената спленектомија;

3. Српеста анемија;

4. Во тек на хемиотерапија или терапија со зрачење кај малигните тумори;

5. Симптоматска HIV инфекција;

6. Кај други клинички утврдени имунодефициенции.

Индикациите за спроведување на овој вид вакцинација ја поставува доктор специјалист клиничар.

### **3.3. Активна имунизација против заболувања предизвикани со *Streptococcus pneumoniae* (пнеумокок)**

#### Член 54

Вакцинацијата против заболувања предизвикани со *Streptococcus pneumoniae* (пнеумокок) се врши со коњугирана или полисахаридна вакцина во зависност од возраста според клиничките индикации, односно кај лица кои се со зголемен ризик од инвазивно пнеумококно заболување, и тоа:

1. анатомска или функционална аспленија;
  2. српеста анемија;
  3. хронично кардиоваскуларно и белодробно заболување;
  4. шеќерна болест;
  5. хронично заболување на црниот дроб;
  6. хронично заболување на бубрезите;
  7. нефротски синдром;
  8. алкохолизам;
  9. симптоматска и асимптоматска HIV инфекција;
  10. трансплантација на органи и ткива;
  11. малигно заболување;
  12. лица со ликворна фистула;
  13. лица со клиничка историја на потврдена или суспектна пневмококна пневмонија;
  14. лица кои примаат имуносупресивна терапија вклучувајќи системски кортикостероиди;
  15. лица постари од 65 години и деца под 5 годишна возраст кои се сместени во колективни установи.(домови за згрижување на стари лица и градинки)
  16. деца под 5 годишна возраст со намален имунитет со чести инфекции на респираторниот систем
- Кај деца под две годишна возраст вакцинацијата се спроведува исклучиво со коњугирана пневмококна вакцина.
- Кај деца постари од 2 години и кај возрасни вакцинацијата се спроведува со полисахаридна или коњугирана пневмококна вакцина.

#### Член 55

Вакцината се дава интрамускулно или субкутано во дози од 0,5 ml во делтоидната регија согласно упатството на производителот.

### **3.4. Активна имунизација против менингококен менингит**

#### Член 56

Вакцинација против менингококен менингит по клинички индикации се спроведува со полисахаридна вакцина, кај деца постари од 2 години и кај возрасни.

За заштита на лица со висок ризик од појава на ова заболување, се користи коњугирана менингококна вакцина, но само кај лица постари од 11 години.

Индикациите за спроведување на вакцинација од став 1 и став 2 на овој член ги поставува доктор специјалист клиничар.

Вакцинација со коњугирана вакцина против менингококен менингит се спроведува и по епидемиолошки индикации.

Комисијата за заразни болести при Министерството за здравство ја поставува индикацијата за спроведување на целна вакцинација, како и целните групи кои ќе подлежат на вакцинација против менингококен менингит по епидемиолошки индикации, на предлог на епидемиолошката служба на надлежниот ЦЈЗ за своето подрачје, ЦЈЗ Скопје за град Скопје и ИЈЗ РМ за територијата на Република Македонија.

#### Член 57

Клинички индикации за примена на вакцината против менингококен менингит се:

1. анатомска и функционална аспленија (спленектомија, српеста анемија);
2. имунодефициенција на комплемент (C5 – C9)



#### Член 58

Вакцинацијата со полисахаридна вакцина против менингококен менингит се спроведува со давање на една доза, веднаш по утврдувањето на индикацијата.

Вакцинацијата со коњугирана вакцина против менингококен менингит се спроведува со давање на една доза, веднаш по утврдувањето на индикацијата.

Лицата кои се професионално експонирани на причинители на менингококен менингит или со својата работа можат да го пренесат причинителот на други лица, се вакцинираат со една доза четиривалентна полисахаридна вакцина.

Ревакцинацијата се спроведува со давање на полисахаридна вакцина на растојание од 5 години после извршената вакцинација, во случај ако индикациите и понатаму постојат.

Ревакцинацијата со полисахаридна вакцина може да се спроведе и доколку лицето е претходно вакцинирано со коњугирана вакцина.

Вакцината против менингокониот менингит се дава субкутано во доза од 0,5 ml во делтоидната регија.

### 3.5. Активна имунизација против голема кашлица

#### Член 59

Вакцинацијата на децата од 2 месеци до 5 години живот, со ацелуларна вакцина против голема кашлица (DTaP) се спроведува врз основа на клинички индикации.

Клинички индикации за давање на DTaP вакцина се:

1. Температура (ректална) 40°C и поголема од 40°C, во рок од 48 часа од претходната доза на DTwP вакцина, а која неможе да се доведе во врска со друга можна причина;
2. Упорно и континуирано плачење кое трае 3 и повеќе часа, а се јавува во рок од 48 часа од претходната доза на примена DTwP вакцина;
3. Колапс или слична состојба на шок (хипотонички – хипосензитивни епизоди). во рок од 48 часа од претходно примена доза на DTwP вакцина;
4. Конвулзии, било да се фебрилни или афебрилни кои се јавуваат до 3 дена од претходно примена доза DTwP вакцина.

Клиничките индикации за давање на DTaP вакцина од став 2 од овој член ги утврдува Стручен тим од членот 10 од овој правилник, после разгледувањето на пријавата за поствакцинална компликација на претходно дадена DTwP вакцина.

Вакцината DTaP се аплицира на начин кој е предвиден со упатството на производителот.

Вакцината DTaP е контраиндицирана кај еволутивни невролошки заболувања (неконтролирана епилепсија, инфантилни спазми, прогресивна енцефалопатија), како и за DTwP вакцина, се додека невролошкиот статус не се разјасни или стабилизира, за што одлучува Стручниот тим од членот 10 од овој правилник.

### 3.6. Имунизација против други заразни болести

#### Член 60

Имунизација против други заразни болести и возрасни групи кои не се наведени во Членовите 12 – 60 од овој Правилник се спроведува согласно членот 1 став 2 од овој правилник и препораките на СЗО, врз основа на Одлука на Министерот за здравство донесена на предлог на Комисијата за заразни болести.

#### **4. Активна имунизација на патници во меѓународен сообраќај**

##### **Член 61**

Патниците во меѓународниот сообраќај подлежат на активна имунизација ако патуваат во ризични и ендемични зони или во земји кои бараат вакцинација против одредена заразна болест, и по епидемиолошки индикации, согласно меѓународниот здравствен правилник.

Имунизацијата се спроведува против следните болести:

1. Жолта треска;
2. Менингококен менингит;
3. Цревен тифус;
4. Колера;
5. Дифтерија;
6. Други заразни болести (акутен вирусен хепатит Б, беснило, тетанус, морбили и друго).

Вакцинација против жолта треска се спроведува со давање на една доза вакцина, најдоцна 10 дена пред патување во ендемското подрачје.

Повторна вакцинација против жолта треска се врши со давање на една доза вакцина после 10 години.

Вакцинација против менингококен менингитис се врши за патници кои патуваат во подрачје каде се регистрира епидемија или повремена појава на заболување како и во земји кои бараат вакцинација против менингококен менингитис, најдоцна 10 дена пред патување во ендемското подрачје.

Се аплицира соодветен број на дози, во зависност од видот на вакцината која ги содржи соевите, кои на тие територии предизвикуваат заболување.

Вакцинација против колера се спроведува со орална вакцина против колера. Се дава во две дози на растојание од една недела, а се очекува заштитата да се манифестира една недела после втората доза.

Поради ниската ефикасност и краткото време на заштита, користење на парентерална вакцина против колера не се препорачува.

Повторна вакцинација против колера се врши со давање на една доза вакцина после 10 години.

Вакцинацијата против останатите наведени заразни заболувања од став 2 на овој член се спроведува согласно препораките на производителот на вакцината.

#### **IV. ХЕМИОПРОФИЛАКСА НА ОДРЕДЕНИ ЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ**

##### **1. Хемиопротифилакса против туберкулоза**

##### **Член 62**

Одлуката за хемиопротифилакса против туберкулоза се донесува после направена консултација со лекар пнеумофтизиолог, интернист пулмолог и педијатар. Хемиопротифилаксата против туберкулоза се спроведува:

1. Кај деца кои се во близок контакт со заболел од директно микроскопски потврдена туберкулоза, позитивна туберкулоза или тешки форми на белодробна туберкулоза;
2. Кај HIV позитивни лица и други состојби на имуносупресија.

Хемиопротифилаксата се спроведува со соодветни дози на лекови и времетраење согласно меѓународни препораки.

## **2. Хемиопрофилактика против маларија**

### **Член 63**

Хемиопрофилактиката против маларија се спроведува кај лица пред одењето, за време на целиот период на престој и по враќањето од земја, односно подрачје каде постои ендемија на маларија.

Во согласност со препораките на СЗО, епидемиолошката служба на ИЈЗ РМ благовремено им доставува на епидемиолошките служби на ЦЈЗ препораки за изборот на видот и дозирањето на лековите за хемиопрофилактика против маларија.

## **3. Хемиопрофилактика против менингококен менингит**

### **Член 64**

Хемиопрофилактика против менингококен менингит се спроведува кај целни групи по епидемиолошки индикации. Комисијата за заразни болести при Министерството за здравство ја поставува индикацијата како и целните групи кои ќе подлежат на хемиопрофилактика против менингококен менингит по епидемиолошки индикации, на предлог на епидемиолошката служба на надлежниот ЦЈЗ за своето подрачје, ЦЈЗ Скопје за град Скопје и ИЈЗ РМ за територијата на Република Македонија.

Хемиопрофилактиката се спроведува со орална апликација на рифампицин во соодветни дози за возраста, во траење од два дена.

Хемиопрофилактиката кај возрасни може да се спроведува и со ципрофлоксацин, орално, во единечна доза.

Цефтриаксонот се дава интрамускулно, во единечна доза која е соодветна на возраста.

## **4. Хемиопрофилактика против скарлатина**

### **Член 65**

Хемиопрофилактика против скарлатина е задолжителна:

1. кај деца во семејства, во кои некој член од семејството има анамнеза на ревматска треска, а кои живеат во лоши социјални услови;

2. при појава на скарлатина или стрептококен тонзилофарингит во колективи, по претходна консултација и препорака на епидемиолошката служба при надлежниот ЦЈЗ за своето подрачје и ЦЈЗ Скопје, за град Скопје.

Хемиопрофилактиката се спроведува со давање на пеницилински препарат во времетраење од 10 дена, а кај лица преосетливи на пеницилин се дава еритромицин.

## **5. Хемиопрофилактика против други заразни заболувања**

### **Член 66**

Хемиопрофилактика против другите заразни заболувања се спроведува по епидемиолошки индикации, кај лица изложени на тие заразни заболувања, а врз основ на препораките на епидемиолошката служба на надлежниот ЦЈЗ за своето подрачје, ЦЈЗ Скопје за град Скопје и ИЈЗ РМ, за територијата на Република Македонија.

## V. ИМУНИЗАЦИЈА И ХЕМИОПРОФИЛАКСА ПРОТИВ ЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ ВО ПОСЕБНИ УСЛОВИ И ПРИ ВОНРЕДНИ СОСТОЈБИ

### Член 67

Од страна на Министерот за здравство може да се одреди имунопрофилактика и хемиопрофилактика на населението и за други заразни болести на предлог на Комисијата за заразни болести при Министерството за здравство, во случај на вонредни состојби, како што се природни и други несреќи, изложеност или сомнение на изложеност на заразни болести, тероризам со биолошки агенси и друго.

За имунопрофилактика и хемиопрофилактика во случаи наведени во претходниот став на овој член се применуваат само средства кои ги задоволуваат условите утврдени со прописите за производство и промет на лекови и имунобиолошки препарати, кои се одобрени за употреба согласно со прописите за пуштање на лекови во промет во Република Македонија и одговараат на барањата на Светската Здравствена Организација.

## VI. ПРИЈАВА НА ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА

### Член 68

Поствакционална компликација е состојба која го надминува степенот на нормална поствакционална реакција после имунизација, а која може да се поврзе со апликација на одреден имунобиолошки препарат.

Докторот кој ќе утврди постоење на поствакционална компликација, секој поединечен случај веднаш го пријавува (по телефон, факс, електронска пошта) до епидемиолошката служба на надлежниот ЦЈЗ, односно ЦЈЗ Скопје за подрачјето на град Скопје и истовремено доставува пријава на Образец број 3 даден во прилог на овој правилник и претставува негов составен дел.

Здравствената установа, во која е вработен докторот кој утврдил постоење на поствакционална компликација, доставува пријава и до Националниот центар за фармаковигиланца при Институтот за претклиничка и клиничка фармакологија при Медицинскиот факултет од Скопје и до Агенција за лекови и медицински средства.

ЦЈЗ за своето подрачје, односно ЦЈЗ Скопје за подрачјето на град Скопје, копија од пријавата на образецот од ставот 2 на овој член, доставува до епидемиолошката служба на ИЈЗРМ.

Епидемиолошката служба на ЦЈЗ, односно ЦЈЗ Скопје на своето подрачје ги истражуваат пријавените поствакционални компликации или сомнение на поствакционална компликација, доколку припаѓа на некоја од следните категории:

1. Апсцес на место на апликација (инјекција);
2. Лимфаденитис после давање VCG вакцина;
3. Случај на смрт, за која постои сомнение или здравствениот работник смета дека е настаната во врска со имунизација;
4. Пореметување на здравствената состојба, за која постои сомнение или здравствениот работник смета дека е настаната во врска со имунизација;
5. По здравје опасна или неочекувана поствакционална компликација, која од страна на здравствениот работник се смета дека е настаната во врска со имунизација.

Сите поствакционални компликации од ставот 5 на овој член мора да се проверат веднаш, а најдоцна 48 часа по пријавата.

Документацијата за спроведено епидемиолошко истражување на поствакцинална компликација, надлежната епидемиолошка служба на ЦЈЗ за своето подрачје односно ЦЈЗСкопје за подрачјето на град Скопје, ја доставува до епидемиолошка служба на ИЈЗРМ и до Стручниот тим од член 10 на овој правилник.

Стручниот тим донесува заклучок за утврдена тешка поствакцинална компликација после имунизација на поедини лица со примена на одредена вакцина (во понатамошниот текст: заклучок) на Образец бр. 4, даден во прилог на овој правилник и претставува негов составен дел.

Заклучокот на Стручниот тим се доставува до надлежниот доктор по медицина кој ја пријавил поствакциналната компликација после имунизација, до надлежниот ЦЈЗ, односно ЦЈЗСкопје, ИЈЗРМ, Државниот санитарен и здравствен инспекторат и Министерство за здравство.

Стручниот тим изготвува извештај за спроведено истражување на случај на поствакцинална компликација на вакцина односно имунобиолошки препарат на Образец број 5, даден во прилог на овој правилник и претставува негов составен дел. Овој извештај стручниот тим го доставува до Агенција за лекови и медицински средства, до Министерство за здравство до Националниот центар за фармаковигиланца при Институтот за претклиничка и клиничка фармакологија при Медицинскиот факултет од Скопје и до ИЈЗРМ.

## VII. НАЧИН НА ИЗВЕДУВАЊЕ НА ИМУНИЗАЦИЈА И ХЕМИОПРОФИЛАКСА ПРОТИВ ОДРЕДЕНИ ЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ

### Член 69

Имунизацијата и хемиопрофилактиката против заразни болести ја организираат и спроведуваат овластени здравствени установи и здравствени работници според утврден план за имунизација и според стручно-методолошко упатство, во согласност со закон.

Службите за превентивна здравствена заштита при јавните здравствени установи спроведуваат имунизација на деца на предучилишна и училишна возраст, согласно годишната Програма за задолжителна имунизација на населението во Република Македонија.

Имунизацијата против туберкулоза и давање на првата доза на вакцина против акутен вирусен хепатитис Б, на новороденчиња родени во родилиште, како и кај новороденчиња на HBsAg позитивни мајки и давање HBIG, го спроведуваат овластени родилишта.

Имунизацијата против туберкулоза и давање на првата доза на вакцина против хепатитис Б на новороденчиња родени надвор од родилиште го спроведуваат службите за превентивна здравствена заштита при јавните здравствени установи.

Имунопрофилактика против тетанус кај повредени лица се врши на одделенијата за инфективни болести во општите и клинички болници и на Клиниката за инфективни болести и фебрилни состојби во Скопје или во итната медицинска помош на територија каде што нема одделенија за инфективни болести.

ЦЈЗ и ЦЈЗСкопје спроведуваат имунизација по епидемиолошки индикации и даваат хемиопрофилактични средства согласно годишната Програма за задолжителна имунизација на населението во Република Македонија.

Вакцинација по клинички индикации на препорака од клинички лекар ја врши надлежен ЦЈЗ, како и овластена Клиника.

Вакцинација, хемиопрофилактика и советување за патниците во меѓународниот сообраќај спроведуваат ЦЈ, односно ЦЈЗСкопје, согласно Меѓународниот здравствен правилник за што издаваат и соодветен документ (меѓународно вакцинално уверение).

Антирабична заштита се спроведува на инфективните одделенија во општите и клинички болниците и на Клиниката за инфективни болести и фебрилни состојби во Скопје.

#### Член 70

Здравствените установи кои вршат имунизација и хемиопротекција против определени заразни заболувања од член 69 треба да располагаат со простор и опрема кои ги задоволуваат пропишаните санитарно-технички и други услови предвидени со овој правилник, како и со други прописи.

Вакцините и другите имунобиолошки препарати треба да се чуваат во соодветни разладни уреди, кои се обезбедени со мерни индикатори на температура и поврзани на агрегат.

Вакцините и другите имунобиолошки препарати треба да се транспортираат и чуваат до нивна употреба под услови што ги утврдил производителот, придржувајќи се до принципите на „студен синџир“.

Од страна на производителите и дистрибутерите на вакцини по испораката и при транспорт на вакцините се обезбедуваат мониторинг индикатори за следење на температурата од производителот до корисникот.

#### Член 71

За имунизација со вакцини кои се даваат парентерално, се употребуваат автодеструктивни шприцеви или шприцеви и игли за еднократна употреба.

#### Член 72

Приборот кој е употребен во текот на имунизацијата (шприцеви, игли, вата), празни шишенца од имунобиолошкиот препарат, како и шишенца на имунобиолошкиот материјал кои не се комплетно искористени, но кои не се повеќе за употреба од било која причина, треба да се собираат во наменски контејнери, во согласност со прописите за управување со медицински отпад.

#### Член 73

Во тек на спроведување на имунизација со вакцини и имунобиолошки препарати кои се даваат парентерално треба да биде обезбедена антишок терапија (ампули адреналин, кортизонски препарат со брзо дејство и антихистамински препарат).

#### Член 74

По исклучок, при активно откривање на невакцинирани или некомплетно вакцинирани, вакцинацијата може да се врши и на терен, надвор од здравствените установи, со запазување на принципите на "студен синџир" за транспорт и чување на вакцините и соодветна диспозиција на медицински отпад, како и обезбедена антишок терапија (ампули адреналин, кортизонски препарат со брзо дејство и антихистамински препарат).

### VIII. ЕВИДЕНЦИЈА И ДОКУМЕНТАЦИЈА ЗА ИЗВРШЕНАТА ИМУНИЗАЦИЈА И ХЕМИОПРОФИЛАКСА

#### Член 75

Здравствените установи од член 69 став 1 од овој правилник изготвуваат годишни планови за спроведување на задолжителна имунизација за следната година, кои ги содржат бројот на лицата што подлежат на имунизација, по возраст и потребните количини на вакцини и имунобиолошки препарати, кои ги доставуваат до Министерство за здравство до 15 декември од тековната година.

Врз основа на збирен план, Министерството за здравство врши централизирано снабдување со сите вакцини кои се во согласност со Календарот за задолжителна и континуирана имунизација.

Вакцините и имунобиолошките препарати по епидемиолошки или клинички индикации ги обезбедува надлежната здравствена установа.

#### Член 76

За спроведување на имунизацијата и контрола на истата согласно овој правилник, се води соодветна евиденција и документација.

Секоја здравствена установа и здравствен работник кои организираат и спроведуваат задолжителна имунизација против заразни болести треба да имаат картотека за сите деца од својата територија.

Здравствената установа води: Картотечен регистар - азбучник за имунизација против заразни болести (Образец број 7, книга азбучник со повез и тврда црвена корица, со вкупно 200 страни, со димензии 50см.должина и 36см.широчина), Картон за имунизација - Личен картон за имунизација (Образец број 6 отпечатен на тврда хартија) дадени во прилог на овој правилник и претставуваат негов составен дел.

Здравствената установа, до секој 5-ти во месецот, од територијалната матична служба и другите надлежни служби, прибира список на родените, умрените, доселените и отселените деца на територијата што ја опфаќа здравствената установа, за претходниот месец, со следните податоци: име, родител/старател и презиме, ден месец и година на раѓање, место на раѓање, место и адреса на постојано живеење, односно датум на смрт и матичен број.

Личните податоци се добиваат од МВР на писмено барање од јавната здравствена установа.

Списоците на децата подредени по месеци се чуваат како составен дел на картотеката и Картотечен регистар - азбучник за имунизација против заразни болести.

Картонот за имунизација - Личниот картон за извршена имунизација се води во два примерока од кој едниот се чува во картотеката, а другиот се дава на родителот кој понатаму го има и носи со себе, за да има увид за секој определен датум на кој ќе биде поканет да го донесе детето на вакцинација.

Во Картонот за имунизација - Личниот картон за извршена имунизација и во Здравствената легитимација на лицето, по давање на секоја доза вакцина, треба да се евидентира: видот на дадената вакцина (официјална кратенка), датумот на давање, начинот на давање (апликација), екстремитетот во кој е дадена, серијата на вакцината и нејзиниот производителот.

Здравствената установа, односно превентивната служба која спроведува вакцинација само на деца на предшколска возраст, картоните за имунизација на сите деца од своето подрачје, пред започнување на основното образование, ги доставува до единицата која врши вакцинација на децата на школска возраст, на соодветното подрачје.

#### Член 77

Здравствената установа до 10 – ти во месецот ги распределува децата од заедничкиот список во посебни списоци според местото на живеење на децата и ги доставува до надлежните служби кои вршат вакцинација на деца од претшколска возраст.

Службите за вакцинација добиените податоци од списоците ги подредуваат, во сопствен список по месеци за своето подрачје sukcesивно ги нумерираат така да секое дете добие свој реден број кој претставува број на Картон за имунизација - Личниот картон за извршена имунизација како и број на индивидуален здравствен картон на детето, кој се внесува и во Картотечниот регистар - азбучник за имунизација против заразни болести.

Нумерирањето на новородените секоја година почнува од месец јануари од реден број 1 и завршува заклучно со месец декември.

За секое дете се пополнува Картон за имунизација - Личен картон за извршена имунизација, а истите податоци се внесуваат и во Картотечниот регистар - азбучник за имунизација против заразни болести.

Во Картонот за имунизација - Личниот картон за извршена имунизација, со молив, веднаш се прави индивидуален план за вакцинација - од раѓањето, па се до возраста до која детето подлежи на имунизација против заразните заболувања, согласно правилникот и годишната Програма за задолжителна имунизација на населението во Република Македонија .

Во Картотечниот регистар - азбучник за имунизација против заразни болести се запишуваат децата по азбучен ред на името, и тој ги содржи следните податоци: дата на раѓање, име на родител (старател), адреса на постојано живеење, редниот број на картонот за имунизација како и сите податоци за извршените имунизации воведени во Картонот за имунизација.

#### Член 78

Од страна на лекарот што извршил имунопрофилактика и хемиопрофилактика се води евиденција за извршената имунопрофилактика и хемофилактика и се издава потврда за вакциналниот статус на барање на родителот.

Здравствените установи кои вршат имунизација по епидемиолошки и клинички индикации и незадолжителна имунизација, водат евиденција за извршената вакцинација во здравствената легитимација и амбулантен дневник.

#### Член 79

Обработените извештаи за спроведена имунизација, здравствените установи кои спроведуваат имунизација ги доставуваат до епидемиолошките служби на надлежните ЦЈЗ/ОЕ и ЦЈЗСкопје квартално, до 15 ден од следното тромесечје, а тие ги доставуваат збирните извештаи за спроведена имунизација до ИЈЗРМ до крајот на првиот месец од следното тромесечје.

За извршената имунизација против туберкулоза, овие извештаи се доставуваат и до Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза – Скопје.

Здравствени установи кои спроведуваат имунизација изготвуваат годишен извештај за спроведена имунизација на своето подрачје и го доставуваат до ЦЈЗ/ОЕ и ЦЈЗСкопје до 15 јануари во тековната, за претходната година.

ЦЈЗ/ОЕ и ЦЈЗСкопје, збирните годишни извештаи за спроведена имунизација ги доставуваат до ИЈЗРМ, а за извршената имунизација против туберкулоза и до Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза до 01 февруари во тековната, за претходната година.

ИЈЗРМ ги доставува збирните тромесечни извештаи во вториот месец од следното тромесечје, како и годишниот извештај за спроведената задолжителна имунизација со сите вакцини до Министерство за здравство на Република Македонија, Фондот за здравствено осигурување, Државниот санитарен и здравствен инспекторат, како и до други органи и организации, до 01 март во тековната, за претходната година.

Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза доставува годишен извештај за спроведената имунизација против туберкулоза за територијата на Република Македонија до Министерство за здравство и ИЈЗ РМ, до 01 март во тековната, за претходната година.



#### Член 80

Овластени здравствени установи – родилишта, при отпуштање од родилиште, за секое дете изготвуваат медицинска документација која ги содржи следните податоци: име и презиме на родителите, место и адреса на живеалиштето на родителите (старатели) и датум на извршена вакцинација на новороденчето против туберкулоза, како и датум на давање на прва доза вакцина против хепатит Б, а кај новороденчиња на HBsAg позитивни мајки и датум на давање на HBIG.

#### Член 81

Од страна на адлежната здравствена установа која спроведува имунизација, податоците од медицинската документација од родилиштето веднаш се внесуваат во Картонот за имунизација - Личен картон за извршена имунизација, како и во здравствената легитимација.

#### Член 82

Покрај наведената документација и евиденција во член 76 и член 77 од овој правилник, секоја здравствена установа и сите здравствени работници кои организираат и спроведуваат имунизација и хемиопротекција против заразни болести, треба да ја водат и следната документација:

- Дневна евиденција за користени вакцини и други имунобиолошки средства, која се води на Образец број 8;
  - Дневна евиденција за вакцинирани деца на претшколска возраст - на Образец број 9, и
  - Дневна евиденција за вакцинирани деца на школска возраст и возрасни - на Образец број 10;
  - Дневник за имунизација на Образец број 11, како и Образец 11 А (за имунизација против туберкулоза);
  - Извештај (тримесечен, шестмесечен, годишен) за вакцинирани и ревакцинирани лица - на Образец број 12, кој содржи: опфат на лица со задолжителна имунизација по вид на вакцина (Табела 1), вакцинирани и ревакцинирани лица по возраст и вид на вакцина – за град и село (Табела 2 и 3), и
  - Извештај за вакцинирани и ревакцинирани лица против туберкулоза на образец број 12 А,
- кои се дадени во прилог на овој правилник и претставуваат негов составен дел.

#### Член 83

Вакциналниот статус задолжително се проверува:

1. При секоја посета на матичен доктор;
2. При запишување во сите видови предучилишни установи;
3. При запишување во сите видови училишта од основно училиште до високообразовни установи;
4. При стапување во армија;
5. При прием во работен однос;
6. Во тек на повреда во смисол на член 41- 49 од овој правилник;
7. Во тек на прием на деца и младинци на болничко лекување;
8. На барање на надлежната здравствена установа и во други случаи;
9. При серолошки истражувања во популацијата.

Проверка на вакциналниот статус се врши врз основ на споредување на приложената документација за сите претходни имунизации, врз основ на Картон за имунизација - Личен картон за извршена имунизација и согласно Календарот за задолжителна имунизација на лица на одредена возраст.

Врз основа на утврдената состојба за вакциналниот статус, се спроведува имунизација или повторна имунизација, во согласност со одредбите од овој правилник.

#### IX. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

##### Член 84

Со денот на влегувањето во сила на овој правилник престанува да се применува Правилникот за условите и начинот на вршење задолжителна имунизација, серопротифлакса и хемиопротифлакса против заразни болести и за лицата кои подлежат на таа обврска (“Службен весник на Република Македонија” број 65/10).

##### Член 85

Овој правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 09-8808/3  
2 октомври 2015 година  
Скопје

Министер за здравство,  
**Никола Тодоров, с.р.**

# БАРАЊЕ

Здравствена установа (ЗУ)

Организациона единица

ДО СТРУЧЕН ТИМ ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ТРАЈНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ И ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈА СО ОДРЕДЕНА ВАКЦИНА ЗА ТЕРИТОРИЈАТА НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ТРАЈНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА ИМУНИЗАЦИЈАТА СО ВАКЦИНАТА:

БР.

## 1) ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ:

<input type="text"/> (презиме)	<input type="text"/> (име на родител - старател)	<input type="text"/> (име)
<input type="text"/> (датум на раѓање)	<input type="text"/> (Единствен матичен број)	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж пол (заокружи)
<input type="text"/> (улица и број)	<input type="text"/> (место)	<input type="text"/> (општина)
Картон за имунизација бр. <input type="text"/>		
Здравствен картон бр. <input type="text"/>	Здравствена легитимација бр. <input type="text"/>	

## 2) ПОДНОСИТЕЛ НА БАРАЊЕТО:

Доктор: <input type="text"/> (Презиме и име на докторот кој ја спроведува имунизацијата)	<input type="text"/> (Контакт телефон)	<input type="text"/> (e-mail)
<input type="text"/> (здравствена установа во која е вработен)	<input type="text"/> (вакцинален пункт)	
<input type="text"/> (адреса на здравствената установа)	<input type="text"/> (телефон-факс)	

## 3) ОБРАЗЛОЖЕНИЕ НА БАРАЊЕТО:

Причината за поднесување на барањето е утврдена на ден:  во  часот

Барањето се поднесува поради следната причина:

НАПОМЕНА за утврдените дијагностички наоди:

Во:

Заведено под број:

\_\_\_\_\_  
Датум на поднесување на барањето

МП

\_\_\_\_\_  
Потпис и факсимил на докторот

\* Пополнува доктор кој бара утврдување на трајни контраиндикација

# БАРАЊЕ

ЈЗУ Центар за јавно здравје  
Организациона единица

ДО СТРУЧЕН ТИМ ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ТРАЈНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ И ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈА СО ОДРЕДЕНА ВАКЦИНА ЗА ТЕРИТОРИЈАТА НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ТРАЈНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА  
СПРОВЕДУВАЊЕ НА ИМУНИЗАЦИЈАТА СО ВАКЦИНАТА:

 БР. 

## 1) ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>(презиме)</i>	<i>(име на родител - старател)</i>	<i>(име)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>(датум на раѓање)</i>	<i>(Единствен матичен број)</i>	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <i>пол (заокружи)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>(улица и број)</i>	<i>(место)</i>	<i>(општина)</i>
Картон за имунизација бр.	<input type="text"/>	
Здравствен картон бр.	<input type="text"/>	Здравствена легитимација бр. <input type="text"/>

## 2) ПОДНОСИТЕЛ НА БАРАЊЕТО:

Епидемиолошка служба на ЦЈЗ / ОЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<i>(e-mail)</i>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<i>(адреса на здравствената установа / место)</i>		<i>(телефон-факс)</i>

## 3) ОБРАЗЛОЖЕНИЕ НА БАРАЊЕТО:

- Пријава на поствакционална компликација број:  датум   
која ја поднел доктор:
- Причина за поднесеното барање (кога НЕ е поднесена ПРИЈАВА)   
  
 утврдена на ден
- Поствакционална компликација (односно сомневање  
на поствакционална компликација) е од следнава категорија:
- Проверката на поствакционална компликација е извршена на датум:
- Документацијата за спроведеното истражување на поствакционална компликација е следната:

Во:  Заведено под број:

\_\_\_\_\_ Датум на поднесување на барањето

МП

\_\_\_\_\_ Потпис и факсимил на докторот

\* Пополнува епидемиолошка служба на ЈЗУ ЦЈЗ / ОЕ - Организациона единица

Штембил и архивски број

ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести

## ПОТВРДА

За утврдување на трајни контраиндикации за имунизација со одредена вакцина

БРОЈ  / 20

(МЕСТО)

(ДАТУМ)

Постапувајќи по барањето, број: , од

кое го поднел докторот: , вработен во

(презиме и име на докторот кој ја спровел имунизацијата)

,

(здравствена установа)

(вакцинален пункт)

ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ТРАЈНА КОНТРАИНДИКАЦИЈА ЗА ИМУНИЗАЦИЈА СО ВАКЦИНА

(име на вакцината)

КАЈ СЛЕДНИОТ ПАЦИЕНТ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(презиме)	(име на родител-старател)	(име)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(датум на раѓање)	(Единствен матичен број)	пол (заокружи)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(улица и број)	(место)	(општина)
Картон за имунизација бр. <input type="text"/>		
Здравствен картон бр. <input type="text"/>	Здравствена легитимација бр. <input type="text"/>	

При што се наведени следниве причини и е приложена следната документација

Стручниот тим за утврдување на трајни контраиндикации  
и поствакцинална компликација после имунизација со одредена вакцина  
за територијата на Република Македонија при  
ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести

ја издава следната

## ПОТВРДА

1. За постоење

2. За непостоење

трајна контраиндикација за имунизација кај пациентот / лицето

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(презиме)	(име на родител - старател)	(име)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
(датум на раѓање)	(единствен матичен број)	пол (заокружи)

СО ВАКЦИНАТА

Стручниот тим го дава следното образложение за постоење, односно непостоење на трајна контраиндикација за имунизација

---

---

---

---

---

---

---

---

### СТРУЧЕН ТИМ ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ТРАЈНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ И ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈА СО ОДРЕДЕНА ВАКЦИНА ЗА ТЕРИТОРИЈАТА НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

#### ПОСТОЈАНИ ЧЛЕНОВИ

1. Епидемиолог координатор на имунизација

---

(презиме и име: потпис и факсимил)

2. Педијатар / Имунолог

---

(презиме и име: потпис и факсимил)

3. Лекар кој го поднел барањето

---

(презиме и име: потпис и факсимил)

#### ПОВИКАНИ ЧЛЕНОВИ

---

(презиме и име: потпис и факсимил)

---

(презиме и име: потпис и факсимил)

---

(презиме и име: потпис и факсимил)

МП

## ПРИЈАВА ЗА ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА РЕАКЦИИ ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈА

БР.

Подносител на пријава:

Здравствена установа на која и се доставува пријавата:

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА <input type="text"/> ДОКТОР <input type="text"/> e-mail: <input type="text"/> ТЕЛЕФОН <input type="text"/> ФАКС <input type="text"/> ДАТУМ <input type="text"/> ПОТПИС <input type="text"/>	<input type="text"/> ЕПИДЕМИОЛОШКА СЛУЖБА АДРЕСА <input type="text"/> ТЕЛЕФОН/ФАКС <input type="text"/>
---	--

### I. ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ ЗА ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА

1. Име и презиме	2. Датум на раѓање Ден    Месец    Година	3. Телесна маса во килограми	4. Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	5. Време кога се појавиле реакциите Час    Ден    Месец    Година	6-11. Исход на поствакционална компликација <input type="checkbox"/> Несакани реакции во тек <input type="checkbox"/> Оздрување без последици <input type="checkbox"/> Оздрав. со последица <input type="checkbox"/> Животна загрозеност <input type="checkbox"/> Смрт <input type="checkbox"/> Непознат
12. ОПИС НА ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА					
13. АМБУЛАНТСКИ ТРЕТМАН <input type="checkbox"/> ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА <input type="checkbox"/>					

### II. ПОДАТОЦИ ЗА СУСПЕКТИОТ ИМУНОБИОЛОШКИ ПРЕПАРАТ

14. ИМУНОБИОЛОШКИ ПРЕПАРАТ ЗА КОЈ СЕ СОМНЕВА ДЕКА ЈА ПРЕДИЗВИКАЛ ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА	
ДАТУМ НА АПЛИКАЦИЈА НА ИМУНОБИОЛОШКИ ПРЕПАРАТ <input type="text"/>	
15. ДОЗА ПО РЕД:	16. НАЧИН НА ПРИМЕНА НА ИМУНОЛОШКИОТ ПРЕПАРАТ:

### III. ПОДАТОЦИ ЗА ИСТОВРЕМЕНИО КОРИСТЕНИ ЛЕКОВИ

17. ИСТОВРЕМЕНО КОРИСТЕНИ ЛЕКОВИ, ИНДИКАЦИИ, РЕЖИМ НА ДОЗИРАЊЕ И ДАТУМ НА ПРИМЕНА
18. ДРУГИ РЕЛЕВАНТНИ СОСТОЈБИ

### ОСТАНАТИ ПОДАТОЦИ

19 а. НАЗИВ И АДРЕСА НА ПРОЗВОДИТЕЛОТ НА ИМУНОБИОЛОШКИОТ ПРЕПАРАТ, НОСИТЕЛОТ НА ДОЗВОЛАТА ЗА ПУШТАЊЕ ВО ПРОМЕТ НА ИМУНОБИОЛОШКИОТ ПРЕПАРАТ:	19 б. БРОЈ НА СЕРИЈА И ЛОТ НА ИМУНОБИОЛОШКИОТ ПРЕПАРАТ:	(КАЈ КЛИНИЧКИ СТУДИИ ДА СЕ НАВЕДЕ БРОЈ НА ПРОТОКОЛ БРОЈ НА ОДОБРУВАЊЕ И ИМЕ:)
19 в. ДАТУМ НА ИСПРАЌАЊЕ ДО ЦЕНТАРОТ ЗА ФАРМАКОВИГИЛАНЦА ПРИ ИНСТИТУТОТ ЗА КЛИНИЧКА И ПРЕДКЛИНИЧКА ФАРМАКОЛОГИЈА ПРИ МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ СКОПЈЕ И БИРОТО ЗА ЛЕКОВИ**	20. ИЗВОР НА ПОДАТОЦИ <input type="checkbox"/> КЛИНИЧКА СТУДИЈА <input type="checkbox"/> ЛИТЕРАТУРА <input type="checkbox"/> ЗДРАВСТВЕН ЕКСПЕРТ <input type="checkbox"/> ОСТАНАТО	
	21. ВИД НА ПРИЈАВА <input type="checkbox"/> ПРВА <input type="checkbox"/> СЛЕДНА	

\* Образецот го пополнува докторот кој утврдил постоење на поствакционална компликација

\*\* Истовремено се доставува до Центарот за фармаковигиланца при Институт за клиничка и предклиничка фармакологија при Медицински факултет и Бирото за лекови

Штембил и архивски број

ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести

## ЗАКЛУЧОК

За утврдување на тешка поствакцинална компликација после имунизација

БРОЈ  / 20

(МЕСТО)

(ДАТУМ)

Постапувајќи по барањето, број: ,

од ЈЗУ ЦЈЗ - Организациона единица

кое го поднел докторот: , вработен во

(презиме и име на докторот кој ја спровел имунизацијата)

(здравствена установа)

(вакцинален пункт)

ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ТЕШКА ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈА

(име на вакцината)

СО ВАКЦИНА КАЈ СЛЕДНИОТ ПАЦИЕНТ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(презиме)	(име на родител - старател)	(име)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(датум на раѓање)	(Единствен матичен број)	пол (заокружи) <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(улица и број)	(место)	(општина)
Картон за имунизација бр. <input type="text"/>		
Здравствен картон бр. <input type="text"/>	Здравствена легитимација бр. <input type="text"/>	

При што се наведени следниве причини и е приложена следната документација



Стручниот тим за утврдување на трајни контраиндикации  
и поствакцинална компликација после имунизација со одредена вакцина  
за територијата на Република Македонија при  
ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести

го донесува следниот

## ЗАКЛУЧОК

1. за утврдена  2. за неутврдена

тешка поствакцинална компликација кај пациентот

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(презиме)	(име на родител - старател)	(име)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
(датум на раѓање)	(единствен матичен број)	пол (заокружи)

после имунизација СО ВАКЦИНАТА

Стручниот тим го дава следното образложение за утврдена, односно неутврдена тешка  
поствакцинална компликација

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### СТРУЧЕН ТИМ ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ТРАЈНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ И ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈА СО ОДРЕДЕНА ВАКЦИНА ЗА ТЕРИТОРИЈАТА НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

#### ПОСТОЈАНИ ЧЛЕНОВИ

1. Епидемиолог координатор на имунизација

(презиме и име: потпис и факсимил)

2. Педијатар - Имунолог

(презиме и име: потпис и факсимил)

3. Лекар кој го поднел барањето

(презиме и име: потпис и факсимил)

#### ПОВИКАНИ ЧЛЕНОВИ

(презиме и име: потпис и факсимил)

(презиме и име: потпис и факсимил)

(презиме и име: потпис и факсимил)

МП

\* Образецот се доставува до докторот кој ја пријавил поствакцинална компликација од ЈЗУ Центар за јавно здравје - Организациона единица  
ЈЗУ Институт за јавно здравје на РМ, ДСЗИ и до Министерството за здравство

Штембил и архивски број

Образец бр. 5

Страна 1

ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести

## ИЗВЕШТАЈ ЗА ИСТРАЖУВАЊЕ НА СЛУЧАЈ НА ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА НА ВАКЦИНА, ОДНОСНО ИМУНОБИОЛОШКИ ПРЕПАРАТ

Известувач	<input type="text"/>	Биро за лекови при Министерство за здравство - Скопје  Национален центарот за фармаковигиланца при Институт за клиничка и предклиничка фармакологија на Медицински факултет - Скопје  ЈЗУ Институт за јавно здравје на РМ - Скопје
Контакт телефон	<input type="text"/>	
e-mail	<input type="text"/>	
Специјалност	<input type="text"/>	
Потпис	<input type="text"/>	
Датум	<input type="text"/>	

### 1. ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ И ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА

(Идентитетот на пациентот се држи во тајност)

1. Име и презиме	2. Датум на раѓање Ден    Месец    Година	3. Телесна маса во килограми	4. Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	5. Време кога се појавиле реакциите Час    Ден    Месец    Година	6-11. Исход на поствакционална компликација <input type="checkbox"/> Несакани реакции во тек <input type="checkbox"/> Оздравување без последици <input type="checkbox"/> Оздрав. со последица <input type="checkbox"/> Животна загрозеност <input type="checkbox"/> Смрт <input type="checkbox"/> Непознат
12-15. ОПИС НА ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА (Вклучувајќи ги и лабораториските анализи)					
а) Да се опишат знаците и симптомите кои се појавиле после вакцинацијата и терапијата					
б) Време кога е извршена вакцинацијата (што е можно по прецизно) Час Ден Месец Година					
в) После колку време од вакцинацијата се појавиле првите симптоми (што е можно по прецизно) Час Ден Месец Година					

### 2. ПОДАТОЦИ ЗА СОМНИТЕЛНА ВАКЦИНА ОДНОСНО ИМУНОБИОЛОШКИОТ ПРЕПАРАТ

16. Сомнителна вакцина (заштитено име)	17. Производител	18. Број на серија, лот рок на употреба
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. Датум на давање на вакцината	20. Количина на дадена вакцина	21. Начин на давање IM    SC    ID    Орал    Друго _____
22. Број на претходни дози од истата вакцина и датум кога се дадени (ако се дадени)	23. Дали кај пациентот имало појава на некои симптоми на болеста после примена на претходните дози	
24. Дали има слична поствакционална компликација кај други лица кои примиле од истата вакцина		

**3. ПОДАТОЦИ ЗА ИСТОВРЕМЕНО КОРИСТЕНИ ДРУГИ ВАКЦИНИ, ИМУНОБИОЛОШКИ ПРЕПАРАТИ ИЛИ ЛЕКОВИ**

22. Истовремено користени вакцини, имунобиолошки препарати и лекови (вклучувајќи ги и оние кои се користени за третман на поствакцинална компликација)						
Заштитено име	Производител	Број на серија	Дози	Начин на давање	Датум на давање	Период
1.						
2.						
3.						

**4. ЗНАЧАЈНИ ПОДАТОЦИ ЗА ПОЈАВА НА ПОСТВАКЦИНАЛНА КОМПЛИКАЦИЈА**

23 . Фамилијарна анамнеза, алергија, бременост со датум на последна менструација итн.
---

**5. ОСТАНАТИ ПОДАТОЦИ**

24а. Име и адреса на производителот на сомнителната вакцина, имунобиолошкиот препарат		(Кај клинички студии да се наведе број на протокол и број на одобрение)
24в. Датум на доставување до производителот на Пријавата на поствакцинална компликација, Бирото за лекови при МЗ и Центар за фармаковигиланца при Институт за фармакологија на Мед.факултет., ЈЗУ Институт за јавно здравје на РМ	24б. Број и серија на вакцината, препаратот	
	Извор на податокот: <input type="checkbox"/> Клиничка студија <input type="checkbox"/> Здравствен експерт <input type="checkbox"/> Останато _____	
25. Вид на пријава <input type="checkbox"/> ПРВА <input type="checkbox"/> СЛЕДНА		

ЧЛЕНОВИ НА СТРУЧЕН ТИМ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

МЕСТО И ДАТУМ

МП

Образец бр. 6

**ЛИЧЕН КАРТОН ЗА ИЗВРШЕНА ИМУНИЗАЦИЈА**

Име \_\_\_\_\_  
 Презиме \_\_\_\_\_  
 Име на родител / старател \_\_\_\_\_  
 Датум на раѓање \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
 Место на раѓање \_\_\_\_\_ Општина \_\_\_\_\_  
 Место на живеење \_\_\_\_\_ Општина \_\_\_\_\_  
 Адреса \_\_\_\_\_

ЕМБГ

Картон за имунизација бр. \_\_\_\_\_  
 Здравствен картон бр. \_\_\_\_\_  
 Здравствена легитимација бр. \_\_\_\_\_  
 Здравствена установа \_\_\_\_\_ МП \_\_\_\_\_

Забелешка :

-  
 -  
 -  
 -

Напомена : Картонот да се чува во здравствената легитимација !  
 Страна 1

1. Здравствена установа

\_\_\_\_\_ УТВРДЕНА ТРАЈНА КОНТРАИНДИКАЦИЈА  
 \_\_\_\_\_  
 ВИД НА ВАКЦИНА \_\_\_\_\_  
 ПОТВРДА БРОЈ \_\_\_\_\_  
 ИЗДАДЕНА ОД \_\_\_\_\_  
 МП \_\_\_\_\_ Доктор - Координатор  
 \_\_\_\_\_ Потпис и Факсимил

2. Здравствена установа

\_\_\_\_\_ УТВРДЕНА ТЕШКА НЕОЧЕКУВАНА РЕАКЦИЈА  
 \_\_\_\_\_ ПОСЛЕ ДАДЕНА ВАКЦИНА  
 ВИД НА ВАКЦИНА \_\_\_\_\_  
 ЗАКЛУЧОК БРОЈ \_\_\_\_\_  
 ИЗДАДЕН ОД \_\_\_\_\_  
 МП \_\_\_\_\_ Доктор - Координатор  
 \_\_\_\_\_ Потпис и Факсимил

3. ИМУНИЗАЦИЈА, ИМУНОПРОФИЛАКСА, ХЕМОПРОФИЛАКСА - ВНЕСИ

Препарат / Серија	Датум	Потпис и Факсимил

Образец бр. 6

Страна 2

Картон за имунизација бр. \_\_\_\_\_ Име \_\_\_\_\_ Датум на раѓање \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
 Здравствен картон бр. \_\_\_\_\_ Презиме \_\_\_\_\_ Место \_\_\_\_\_ ЕМБГ \_\_\_\_\_  
 Здравствена легитимација бр. \_\_\_\_\_ Родител/старател \_\_\_\_\_ Адреса \_\_\_\_\_

Вакцина против	Тип на вакцина/ Официјална кратенка	Датум на давање (ден/мес/год)	Апликација на вакцината		Серија и Производител на вакцината		Привремена контраиндикација		Потпис и Факсимил
			Место	Начин	Серија (Lot #)	Произв.	Почеток	Завршеток	
<b>Hepatitis B</b> (HB или во други комбинации - да се внесат компонентите; во случај на пасивна заштита внеси - HBIG)									
<b>Diphtheria, Tetanus, Pertussis</b>  (DTwP; DTaP; DiTe; dT; Te или во други комбинаци - да се внесат компонентите)									
<b>Haemophilus influenzae type B</b>  (HiB или во други комбинаци - да се внесат компонентите)									
<b>Poliomyelitis</b>  (OPV ; IPV или во други комбинаци - да се внесат компонентите)									
<b>Measles, Mumps, Rubella</b> (MMR;R или во други комбинаци- да се внесат компонентите)									
<b>Human papillomavirus (HPV)</b>									
<b>Tuberculosis (BCG)</b> При раѓање До 60 дена  До 12 месеци  Тестирање  Ревакцинација									

**КАРТОТЕЧЕН РЕГИСТАР – АЗБУЧНИК ЗА ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ**  
(како наслов на книгата за водење на евиденција за извршена имунизација)

Дел 1

Образец бр. 7

РЕДЕН БРОЈ	БРОЈ НА КАРТОН ЗА ИМУНИЗАЦИЈА	БРОЈ НА ЗДРАВСТВЕНА ЛЕГИТИМАЦИЈА	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЕМБЛ	ИМЕ НА РОДИТЕЛ / СТАРАТЕЛ	ДЕН / МЕСЕЦ И ГОДИНА НА РАГАЊЕ	Општина, место на живеење Адреса	Промена на адреса на живеење	НВ *				BCG					HiB *				DTP * (W) (a)			**											
								Дата I Доза Серџа на вакцина	Дата II Доза Серџа на вакцина	Дата III Доза Серџа на вакцина	Дата НВ1С Серџа	Дата вакцинација Серџа на вакцина	Дата вакцинација до два месеци	Дата вакцинација (без генер)	Дата на тестирање Серџа на препаратот	Дата ревакцинација Серџа на препаратот	Дата ревакцинација Серџа на вакцина	Дата I Доза Серџа на вакцина	Дата II Доза Серџа на вакцина	Дата III Доза Серџа на вакцина	Дата ревакцинација Серџа на вакцина	Дата I Доза Серџа на вакцина	Дата II Доза Серџа на вакцина		Дата III Доза Серџа на вакцина										

\* Во склоп на други комбинации на вакцини да се означат сите компоненти

\*\* Други вакцини , имунобиолошки препарати, хемопротифилакса





Образец бр. 8

**ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА ЗА КОРИСТЕНИ ВАКЦИНИ И ВАКЦИНИРАНИ ЛИЦА**

Општина \_\_\_\_\_ Здравствена установа \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_ Вакцинален пункт \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Одговорно лице – Доктор: \_\_\_\_\_  
дд / мм / гггг

Возраст*						
**	***	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	□□□□□	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

\* месеци – години (**Напомена:** детето има 0 месеци сè додека не наполни 1 месец, има 1 месец сè додека не наполни 2 месеци, итн....; детето има 0 години сè додека не наполни 1 година-до првиот роденден, има 1 година се додека не наполни 2 години-до вториот роденден, итн.....)

\*\* Задолжително за секоја вакцина, ВНЕСИ :  
 Вид на Вакцина ; Доза (Вакцинација – Ревакцинација - Број) ; Серија ; Производител ;

\*\*\* Задолжително за повеќедозни пакувања вакцина, ВНЕСИ :  
 Време на отварање ; Време на потрошена последна доза ; Број на искористени дози

Образец бр. 9

ДНЕВНА / НЕДЕЛНА / МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА ЗА ВАКЦИНИРАНИ ДЕЦА НА ПРЕТШКОЛСКА ВОЗРАСТ

Вакцина против	Hepatitis B (HB)			Haemophilus influenzae type B (HiB)			Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTwP; DTap)			Polio (OPV; IPV)			Measles, Mumps, Rubella (MMR)		
	I доза	II доза	III доза	I доза	II доза	III доза	I доза	II доза	III доза	I доза	II доза	III доза	Вакц.	Рев.	
Вакцина															
Возраст мес / год															
0 мес.															
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
2 год.															
3															
4															
5															
6															
<b>Вкупно</b>															

ОПШТИНА \_\_\_\_\_ МЕСТО \_\_\_\_\_ ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА \_\_\_\_\_ ВАКЦИНАЛЕН ПУНКТ \_\_\_\_\_

Датум / Период \_\_\_\_\_

Одговорно лице – Доктор: \_\_\_\_\_

Образец бр. 10

ДНЕВНА / НЕДЕЛНА / МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА ЗА ВАКЦИНИРАНИ ДЕЦА НА ШКОЛСКА ВОЗРАСТ И ВОЗРАСНИ ЛИЦА \*

ОПШТИНА _____		МЕСТО _____					ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА _____			ВАКЦИНАЛЕН ПУНКТ _____						
Вакцина против	Вакцина	Measles Mumps Rubella (MMR)			Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP ; DTaP)			Poliovirus (OPV ; IPV)			Human Papillomavirus (HPV)			Вакцина против	*	
		I Rev.	II Rev.	III Rev.	IV Rev.	V Rev.	II Rev.	III Rev.	I доза	II доза	III доза	Возраст/ Возрасна група				
Возраст	Вакцина															
6 год.																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
<b>Вкупно</b>																

\* Образецот се употребува и за евиденција на вакцинација против други заболувања со други вакцини, на соодветна возраст

Датум / Период \_\_\_\_\_ Одговорно лице – Доктор: \_\_\_\_\_

Образец бр. 11

### ДНЕВНИК ЗА ИМУНИЗАЦИЈА

Општина \_\_\_\_\_

Здравствена установа \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_

Вакцинален пункт \_\_\_\_\_

Период		Град					Село					
Населба		Ден во неделата / недела во месецот					Ден во неделата / недела во месецот					
Вид на вакцина *							Вкупно					
								Вкупно	Град + Село			
НВ	I Доза											
	II Доза											
	III Доза											
HiB	I Доза											
	II Доза											
	III Доза											
	I Рев.											
DTP (w) (a)	I Доза											
	II Доза											
	III Доза											
	I Рев.											
	II Рев.											
DT	III Рев.											
dT	III Рев.											
dT	IV Рев.											
TT	V Рев.											
OPV ; IPV	I Доза											
	II Доза											
	III Доза											
	I Рев.											
	II Рев.											
MMR	Вакц.											
	I Рев.											
R	II Рев.											
HPV	I Доза											
	II Доза											
	III Доза											
**	Доза											
	Доза											
	Доза											
	Доза											
	Доза											
	Доза											
	Рев.											
	Рев.											
	Рев.											
	Рев.											

\* во склоп на други комбинации на вакцини, да се означат сите компоненти

\*\* вакцинација и ревакцинација со други комбинации, по дози на вакцини

Одговорно лице – Доктор: \_\_\_\_\_

Образец бр. 11 А

**ДНЕВНА / НЕДЕЛНА / МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА - ДНЕВНИК ЗА ИМУНИЗАЦИЈА ПРОТИВ ТУБЕРКУЛОЗА**

Општина \_\_\_\_\_ Здравствена установа \_\_\_\_\_  
 Место \_\_\_\_\_ Вакцинален пункт \_\_\_\_\_

Период	Град			Село		
	Дено во неделата / недела во месецот			Дено во неделата / недела во месецот		
Населба						
BCG Вакцинација при раѓање до 60 дена од раѓање до 12 месеци од раѓање од 7 до 12 месеци *						
BCG Ревакцинација						
Тестирање						
Број на тестирани						
Број на позитивни						
Број на негативни						
Ревакцинирани						
Нечитани						
* деца без белег кои повторно се вакцинираат - без тестирање						

Датум / Период \_\_\_\_\_ Одговорно лице – Доктор: \_\_\_\_\_

Забелешка: \_\_\_\_\_

Образец бр. 12

Општина \_\_\_\_\_ Здравствена установа \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_ ЈЗУ ЦЗУ / ОЕ \_\_\_\_\_

**ИЗВЕШТАЈ**

**ЗА**

**ВАКЦИНИРАНИ И РЕВАКЦИНИРАНИ ЛИЦА**

Период од \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
                               ДД / ММ / ГГГГ                                 ДД / ММ / ГГГГ

Образец бр. 12

Општина \_\_\_\_\_ Здравствена установа \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_ ЈЗУ ЦЈЗ / ОЕ \_\_\_\_\_

Табела 1

**ОПФАТ НА ЛИЦА СО ЗАДОЛЖИТЕЛНА ИМУНИЗАЦИЈА ПО ВИД НА ВАКЦИНА\***

Вид на вакцина *		Град			Село			Вкупно		
		Подлежат	Вакцинирани	%	Подлежат	Вакцинирани	%	Подлежат	Вакцинирани	%
НВ	I Доза									
	II Доза									
	III Доза									
НiВ	I Доза									
	II Доза									
	III Доза									
	I Рев.									
DTP(w)(a)	I Доза									
	II Доза									
	III Доза									
	I Рев.									
	II Рев.									
DT	III Рев.									
dT	III Рев.									
dT	IV Рев.									
TT	V Рев.									
OPV ; IPV	I Доза									
	II Доза									
	III Доза									
	I Рев.									
	II Рев.									
	III Рев.									
MMR	Вакц.									
	I Рев.									
R	II Рев.									
HPV	I Доза									
	II Доза									
	III Доза									
**	Доза									
	Доза									
	Доза									
	Доза									
	Доза									
	Доза									
	Рев.									
	Рев.									
	Рев.									
	Рев.									

\* во склоп на други комбинации на вакцини, да се означат сите компоненти

\*\* вакцинација и ревакцинација со други комбинации, по дози на вакцини

Образец бр. 12

Табела 2

**ВАКЦИНИРАНИ И РЕВАКЦИНИРАНИ ЛИЦА ПО ВОЗРАСТ И ВИД НА ВАКЦИНА\* - ГРАД**

Вакцина Возраст мес / год	НВ	HiB		DTP (w) (a)		DT	dT	TT	OPV ; IPV		MMR		R	HPV
	Вак.	Вак.	Рев.	Вак.	Рев.	Рев.	Рев.	Рев.	Вак.	Рев.	Вак.	Рев.	Рев.	Вак.
0 мес.														
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
2 год.														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
*														
Вакцина					Вакцина					Вакцина				
Возраст	Вак.	Рев.	Вак.	Рев.	Возраст	Вак.	Рев.	Вак.	Рев.	Возраст				

\* во склоп на други комбинации на вакцини, да се означат сите компоненти



Образец бр. 12

Табела 3

**ВАКЦИНИРАНИ И РЕВАКЦИНИРАНИ ЛИЦА ПО ВОЗРАСТ И ВИД НА ВАКЦИНА\* - СЕЛО**

Вакцина Возраст мес / год	НВ		HiB		DTP (w) (a)		DT	dT	TT	OPV ; IPV		MMR		R	HPV	
	Вак.	Рев.	Вак.	Рев.	Вак.	Рев.	Рев.	Рев.	Рев.	Вак.	Рев.	Вак.	Рев.	Рев.	Вак.	
0 мес.																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
2 год.																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
*																
Вакцина							Вакцина						Вакцина			
Возраст	Вак.	Рев.	Вак.	Рев.	Вак.	Рев.	Возраст	Вак.	Рев.	Вак.	Рев.	Возраст				

\* во склоп на други комбинации на вакцини, да се означат сите компоненти

Образец бр. 12

ЗАБЕЛЕШКА :

Одговорно лице

Здравствена установа

М. П.

Одговорно лице

ЈЗУ ЦЗУ / ОЕ

М. П.

Образец бр. 12 А

ИЗВЕШТАЈ  
ЗА  
ВАКЦИНИРАНИ И РЕВАКЦИНИРАНИ ЛИЦА  
ПРОТИВ ТУБЕРКУЛОЗА

Општина \_\_\_\_\_ Здравствена установа \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_ ЈЗУ ЦЈЗ / ОЕ \_\_\_\_\_

Период од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_  
 дд / мм / гггг      дд / мм / гггг

BCG Вакцинација	Град		Село		Вкупно	
	Подлежат	Вакцинирани %	Подлежат	Вакцинирани %	Подлежат	Вакцинирани %
Новородени (вкупно)						
до 60 дена						
до 12 месеци						
Вакцинирани без белег*						
Тестирање						
За тестирање						
Бр. +						
Бр. -						
BCG Ревакцинација						
За ревакцинација						
Нечитани						

\*претходно вакцинирани без белег, кои повторно се вакцинираат од 7 до 12 месеци, не се прикажуваат во бројот на вакцинирани

Одговорно лице \_\_\_\_\_ Здравствена установа \_\_\_\_\_  
 М. П. \_\_\_\_\_

Одговорно лице \_\_\_\_\_ ЈЗУ ЦЈЗ / ОЕ \_\_\_\_\_  
 М. П. \_\_\_\_\_