

Warszawa, dnia 17 czerwca 2025 r.

Poz. 782

**OBWIESZCZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 9 czerwca 2025 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia  
w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 2077), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1075).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1075), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: *wz. W. Konieczny*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia  
z dnia 9 czerwca 2025 r. (Dz. U. poz. 782)

## **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 27 września 2023 r.

### **w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych**

Na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924 i 1897) zarządza się, co następuje:

#### **§ 1. Rozporządzenie określa:**

- 1) wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych;
- 2) osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę powstania obowiązku szczepień ochronnych;
- 3) schemat szczepienia przeciw chorobie zakaźnej obejmujący liczbę dawek i terminy ich podania wymagane dla danego szczepienia uwzględniające wiek osoby objętej obowiązkiem szczepienia;
- 4) kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne;
- 5) sposób przeprowadzania szczepień ochronnych;
- 6) tryb przeprowadzania konsultacji specjalistycznej dla osób, w przypadku których lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego;
- 7) wzory:
  - a) zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym,
  - b) książeczki szczepień,
  - c) karty uodpornienia;
- 8) sposób prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej obowiązkowych szczepień ochronnych i jej obiegu;
- 9) wzory sprawozdań z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz tryb i terminy ich przekazywania;
- 10) papierową lub elektroniczną formę raportu o przypadkach niewykonania obowiązkowych szczepień ochronnych, o którym mowa w art. 17 ust. 9b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zwanej dalej „ustawą”, oraz terminy i sposób jego przekazywania.

#### **§ 2. Obowiązkiem szczepień ochronnych są objęte następujące choroby zakaźne:**

- 1) błonica;
- 2) gruźlica;
- 3) inwazyjne zakażenia *Haemophilus influenzae* typu b;
- 4) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 5) krztusiec;
- 6) nagminne zapalenie przyusznicy (świnka);
- 7) odra;

<sup>1)</sup> Na dzień ogłoszenia obwieszczenia w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej działem administracji rządowej – zdrowie kieruje Minister Zdrowia, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

- 8) ospa wietrzna;
- 9) ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*);
- 10) różyczka;
- 11) tężec;
- 12) wirusowe zapalenie wątroby typu B;
- 13) wścieklizna;
- 14) zakażenia powodowane przez rotawirusy.

§ 3. 1. Następujące grupy osób są obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym ze względu na wiek:

- 1) dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 15. roku życia – szczepieniom przeciw gruźlicy,
- 2) dzieci i młodzież od ukończenia 6. tygodnia życia do ukończenia 19. roku życia – szczepieniom przeciw:
  - a) błonicy,
  - b) krztuścowi,
  - c) tężcowi,
- 3) dzieci od ukończenia 6. tygodnia życia do ukończenia 5. roku życia – szczepieniom przeciw:
  - a) inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b,
  - b) inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*,
- 4) dzieci i młodzież od ukończenia 6. tygodnia życia do ukończenia 19. roku życia – szczepieniom przeciw ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (*poliomyelitis*),
- 5) dzieci i młodzież od ukończenia 12. miesiąca życia do ukończenia 19. roku życia – szczepieniom przeciw:
  - a) odrze,
  - b) nagminnemu zapaleniu przyusznic (śwince),
  - c) różyczce,
- 6) dzieci od ukończenia 6. tygodnia życia do ukończenia 32. tygodnia życia – szczepieniom przeciw zakażeniom powodowanym przez rotawirusy,
- 7) dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 19. roku życia – szczepieniom przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

– zwanym dalej „obowiązkowymi szczepieniami dzieci i młodzieży”.

2. Schematy obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży obejmujące liczbę dawek i terminy ich podania wymagane dla danego szczepienia podstawowego lub przypominającego, z uwzględnieniem wieku osoby objętej obowiązkiem szczepienia, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Osoby, które są przed lub po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządów wewnętrznych, splenektomii, albo z asplenią, z zaburzeniami czynności śledziony podlegają obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw:

- 1) błonicy;
- 2) inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b;
- 3) inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*;
- 4) krztuścowi;
- 5) nagminnemu zapaleniu przyusznic (śwince);
- 6) odrze;

- 7) ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (*poliomyelitis*);
- 8) różyczce;
- 9) tężcowi;
- 10) wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

2. Obowiązkowe szczepienia ochronne, o których mowa w ust. 1, są wykonywane zgodnie ze schematem ustalonym indywidualnie przez lekarza przeprowadzającego badanie kwalifikacyjne w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia.

§ 5. 1. Obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* podlegają osoby do ukończenia 19. roku życia:

- 1) po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającą z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego,
- 2) przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego,
- 3) przed lub po leczeniu immunosupresyjnym lub biologicznym,
- 4) z wrodzonymi lub nabytymi niedoborami odporności, z nowotworami, małopłytkowością idiopatyczną, sferocytozą wrodzoną,
- 5) z wrodzonymi wadami serca i przewlekłymi chorobami serca,
- 6) z przewlekłą niewydolnością nerek lub zespołem nerczycowym,
- 7) z chorobami metabolicznymi, w tym cukrzycą,
- 8) z przewlekłymi chorobami płuc, w tym astmą

– które nie były szczepione przeciw inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*.

2. Obowiązkowe szczepienia ochronne, o których mowa w ust. 1, są wykonywane według schematu wskazanego w Charakterystyce Produktu Leczniczego szczepionki, którą jest wykonywane to obowiązkowe szczepienie ochronne, lub zgodnie z zaleceniami towarzystw naukowych.

§ 6. 1. Obowiązkowym szczepieniom przeciw ospie wietrznej podlegają:

- 1) dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną:
  - a) z upośledzeniem odporności wrodzonym lub nabytym o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby,
  - b) przed planowanym leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią;
- 2) dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną, z otoczenia osób określonych w pkt 1;
- 3) dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną, przebywające albo zakwalifikowane do pobytu w:
  - a) zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
  - b) zakładach opiekuńczo-leczniczych,
  - c) rodzinnych domach dziecka,
  - d) domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
  - e) domach pomocy społecznej,
  - f) placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
  - g) regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych,
  - h) interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych,
  - i) żłobkach lub klubach dziecięcych.

2. Obowiązkowe szczepienia ochronne, o których mowa w ust. 1, są wykonywane według schematu wskazanego w Charakterystyce Produktu Leczniczego szczepionki, którą jest wykonywane to obowiązkowe szczepienie ochronne.

§ 7. 1. Obowiązkowym szczepieniom przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B podlegają:

- 1) uczniowie szkół medycznych lub innych szkół prowadzących kształcenie związane z wykonywaniem zawodów w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- 2) studenci uczelni prowadzących kształcenie na studiach na kierunkach związanych z kształceniem w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- 3) osoby szczególnie narażone na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną wirusem zapalenia wątroby typu B, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- 4) osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C;
- 5) osoby wykonujące zawód medyczny narażone na zakażenie, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- 6) osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osoby dializowane;
- 7) osoby przed lub po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządów wewnętrznych, splenektomii, albo z asplenią, z zaburzeniami czynności śledziony;
- 8) kobiety planujące ciążę, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

2. Obowiązkowe szczepienia ochronne, o których mowa w ust. 1, są wykonywane według schematu wskazanego w Charakterystyce Produktu Leczniczego szczepionki, którą jest wykonywane to obowiązkowe szczepienie ochronne.

§ 8. 1. Obowiązkowym szczepieniom przeciw:

- 1) błonicy podlegają osoby narażone na zakażenie, które miały styczność z chorym na błonicę,
- 2) tężcowi podlegają osoby zranione, narażone na zakażenie,
- 3) wściekliczynie podlegają osoby mające styczność ze zwierzęciem chorym na wścieklicznę lub podejrzanym o zakażenie wirusem wściekliczyny

– zwanym dalej „obowiązkowymi szczepieniami poekspozycyjnymi”.

2. Obowiązkowe szczepienia poekspozycyjne są wykonywane według schematu wskazanego w Charakterystyce Produktu Leczniczego szczepionki, którą jest wykonywane to obowiązkowe szczepienie poekspozycyjne.

§ 9. 1. Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy, przeprowadzają obowiązkowe szczepienie ochronne, jeżeli ramowy program kształcenia podyplomowego prowadzonego na podstawie przepisów:

- 1) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 i 1897 oraz z 2025 r. poz. 619 i 769),
- 2) ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814, 854 i 1897 oraz z 2025 r. poz. 129, 619 i 637),
- 3) ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 339 i 637)

– obejmował problematykę szczepień ochronnych lub odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych, a po przeszkoleniu zyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia, a w przypadku felczera i higienistki szkolnej uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia.

2. Osoby, o których mowa w art. 19 ust. 5b pkt 1 ustawy, przeprowadzają zalecane szczepienia ochronne oraz szczepienia przeciw COVID-19 u osoby dorosłej, jeżeli spełniają warunki określone w ust. 1 albo uzyskały dokument potwierdzający ukończenie szkolenia:

- 1) teoretycznego w zakresie przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19, dostępnego na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, oraz

- 2) praktycznego, którego program zatwierdziło *Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego*<sup>2)</sup>, obejmującego naukę podania szczepionki w postaci iniekcji domięśniowej oraz podjęcia działań w przypadku wystąpienia nagłej reakcji alergicznej lub innego stanu zagrożenia życia pacjenta następującego bezpośrednio po przeprowadzeniu szczepienia, realizowanego w warunkach symulowanych w *Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego*<sup>2)</sup> lub uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim, albo
- 3) kursu kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 44 pkt 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2025 r. poz. 608), obejmującego problematykę w zakresie:
  - a) przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19 oraz wykonywania szczepienia przeciw COVID-19,
  - b) przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia osoby dorosłej przed zalecanym szczepieniem, do którego farmaceuta jest uprawniony na podstawie art. 19 ust. 5a pkt 2 ustawy, oraz wykonywania u osoby dorosłej szczepienia, do którego farmaceuta jest uprawniony na podstawie art. 19 ust. 5b pkt 1 ustawy.

**§ 10. 1.** Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która nie ukończyła 6. roku życia, przeprowadza się w obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581), zwanego dalej „opiekunem faktycznym”.

2. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która ukończyła 6. rok życia, a nie osiągnęła pełnoletności, można przeprowadzić bez obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego po uzyskaniu ich pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

3. Wzór zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

4. Do karty uodpornienia dołącza się wymaganą na piśmie zgodę, o której mowa w ust. 2.

**§ 11.** Lekarz przeprowadzający konsultację specjalistyczną dla osoby, w przypadku której lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, odnotowuje w dokumentacji medycznej, o której mowa w § 12 ust. 1, wynik konsultacji specjalistycznej, z uwzględnieniem okresu przeciwwskazania do wykonania szczepienia, rodzaju szczepionek przeciwwskazanych do stosowania lub indywidualnego programu szczepień ze wskazaniem rodzajów stosowanych szczepionek oraz terminu kolejnej konsultacji specjalistycznej.

**§ 12. 1.** Informacje na temat przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane w:

- 1) karcie uodpornienia, której wzór jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 2) książeczce szczepień, której wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia;
- 3) Karcie Szczepień oraz innej dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. W przypadku gdy osoba obowiązana do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub osoba, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekun faktyczny przedstawi zaświadczenie lekarskie o wykonaniu obowiązkowego szczepienia ochronnego w zakresie wymaganym w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych, osoby przeprowadzające szczepienia ochronne odnotowują w karcie uodpornienia wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego oraz dołączają do karty uodpornienia przedstawione zaświadczenie.

3. W dokumentacji medycznej określonej w ust. 1 odnotowuje się fakt poinformowania osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się temu szczepieniu.

---

<sup>2)</sup> Obecnie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego zgodnie z art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 listopada 2024 r. o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1897), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.

**§ 13. 1.** Wpisów do dokumentacji medycznej, o której mowa w § 12 ust. 1 pkt 1 i 2, dokonuje się w odpowiednich częściach dokumentów, bezpośrednio po wykonaniu lub niewykonaniu szczepienia ochronnego.

2. Wpisu błędnego w dokumentacji medycznej, o której mowa w § 12 ust. 1 pkt 1 i 2, nie usuwa się; dodaje się adnotację o przyczynie błędu oraz datę i podpis osoby dokonującej adnotacji.

**§ 14. 1.** Karty uodpornienia są przechowywane w kartotece w sposób umożliwiający wyszukiwanie osób podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym.

2. W przypadku konieczności przekazania karty uodpornienia przekazuje się ją za pokwitowaniem osobie przeprowadzającej obowiązkowe szczepienie ochronne.

**§ 15. 1.** Osoba wystawiająca zaświadczenie o urodzeniu żywym, która założyła książeczkę szczepień, przekazuje ją za pokwitowaniem osobie sprawującej prawną pieczę nad osobą obowiązującą do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu albo opiekunowi faktycznemu.

2. W przypadku zagubienia lub zniszczenia książeczki szczepień osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienie ochronne wydają na podstawie posiadanej karty uodpornienia duplikat książeczki szczepień.

**§ 16. 1.** (uchylony).<sup>3)</sup>

2. Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych, którego wzór jest określony w załączniku nr 6 do rozporządzenia, jest sporządzane i przekazywane przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 15 dni od zakończenia kwartału.

**§ 17.** Raport o przypadkach niewykonania obowiązkowych szczepień ochronnych, o którym mowa w art. 17 ust. 9b ustawy, jest sporządzany i przekazywany przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 30 dni od zakończenia kwartału.

**§ 18.**<sup>4)</sup> 1. Sprawozdanie, o którym mowa w § 16 ust. 2, i raport, o którym mowa w art. 17 ust. 9b ustawy, są sporządzane i przekazywane w postaci elektronicznej z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 8a ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 416).

2. W przypadku wystąpienia awarii systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ust. 1, uniemożliwiającej złożenie sprawozdania i raportu, o których mowa w ust. 1, terminy przekazania tych sprawozdań i raportów ulegają przedłużeniu o 7 dni liczonych od dnia następującego po dniu usunięcia awarii.

**§ 19.** Karty uodpornienia wystawione na podstawie dotychczasowych przepisów oraz książeczki szczepień założone na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują ważność.

**§ 20.** Do kwartalnych sprawozdań z realizacji szczepień ochronnych sporządzanych przez osoby przeprowadzające szczepienia ochronne za trzeci i czwarty kwartał 2023 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

**§ 21.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2023 r., z wyjątkiem § 18 pkt 1 lit. a, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.<sup>5)</sup>

<sup>3)</sup> Przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1075), które weszło w życie z dniem 3 sierpnia 2024 r.

<sup>4)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>5)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2172 oraz z 2023 r. poz. 956), które utraciło moc z dniem 1 października 2023 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1938).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 782)

Załącznik nr 1

SCHEMAT OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ DZIECI I MŁODZIEŻY

I. Szczepienie podstawowe

| Szczepienie                                                   | Liczba dawek                                                                                                                                                                            | Wiek, w którym powstaje obowiązek szczepienia       | Termin wykonania szczepienia |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|
| przeciw gruźlicy                                              | – schemat jednodawkowy                                                                                                                                                                  | pojedyncza dawka – w 1 dobie życia                  | przed wypisem ze szpitala    |
|                                                               | – schemat 3-dawkowy w przypadku szczepionki nieskojarzonej (0, 1, 6 miesięcy) lub szczepienia dzieci urodzonych po 37 tygodniu ciąży z masą urodzeniową powyżej 2000 g                  | 1. dawka – w 1 dobie życia                          | 24 godziny po urodzeniu      |
|                                                               |                                                                                                                                                                                         | 2. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia          | w 2. miesiącu życia          |
| przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B                   | – schemat 4-dawkowy (0, 1, 2, 12 miesięcy) w przypadku szczepionki typu 6-w-1 lub szczepienia dzieci z masą urodzeniową poniżej 2000 g, lub dzieci urodzonych przed 37. tygodniem ciąży | 3. dawka – od ukończenia 6. miesiąca życia          | w 7. miesiącu życia          |
|                                                               |                                                                                                                                                                                         | 1. dawka – w 1 dobie życia                          | przed wypisem ze szpitala    |
|                                                               |                                                                                                                                                                                         | 2. dawka – 1 miesiąc po pierwszej dawce             | w 2. miesiącu życia          |
|                                                               |                                                                                                                                                                                         | 3. dawka – 1 miesiąc po drugiej dawce               | w 3. miesiącu życia          |
| przeciw inwazyjnym zakażeniom <i>Streptococcus pneumoniae</i> | schemat 3-dawkowy – szczepienia dzieci urodzonych po 37. tygodniu ciąży                                                                                                                 | 4. dawka – od ukończenia 6. miesiąca życia          | w 7–12. miesiącu życia       |
|                                                               |                                                                                                                                                                                         | 1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia          | w 2. miesiącu życia          |
|                                                               |                                                                                                                                                                                         | 2. dawka – po upływie 8. tygodni od pierwszej dawki | w 4. miesiącu życia          |
|                                                               | 3. dawka – od ukończenia 12. miesiąca życia po upływie co najmniej 6 miesięcy od drugiej dawki                                                                                          | w 13–15. miesiącu życia                             |                              |
|                                                               | schemat 4-dawkowy – szczepienia dzieci urodzonych przed 37. tygodniem ciąży                                                                                                             | 1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia          | w 2. miesiącu życia          |

|                                                                         |                                                                                                                                                |                                                    |                         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                         |                                                                                                                                                | 2. dawka – po upływie 4 tygodni od pierwszej dawki | w 3–4. miesiącu życia   |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 3. dawka – po upływie 4 tygodni od drugiej dawki   | w 5–6. miesiącu życia   |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 4. dawka – co najmniej 6 miesięcy od drugiej dawki | w 13–15. miesiącu życia |
| <b>przeciw ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis)</b> | schemat 3-dawkowy – w przypadku szczepienia szczepionką, dla której Charakterystyka Produktu Leczniczego określa 3-dawkowy schemat szczepienia | 1. dawka – od ukończenia 12. tygodnia życia        | w 4. miesiącu życia     |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 2. dawka – po upływie 8 tygodni od pierwszej dawki | w 6. miesiącu życia     |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 3. dawka – od ukończenia 15 miesiąca życia         | w 16–18. miesiącu życia |
|                                                                         | schemat 4-dawkowy – w przypadku szczepienia szczepionką, dla której Charakterystyka Produktu Leczniczego określa 4-dawkowy schemat szczepienia | 1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia         | w 2. miesiącu życia     |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 2. dawka – od ukończenia 14. tygodnia życia        | w 4. miesiącu życia     |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 3. dawka – od ukończeniu 5. miesiąca życia         | w 6–7. miesiącu życia   |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 4. dawka – od ukończenia 15. miesiąca życia        | w 16–18. miesiącu życia |
| <b>przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi</b>                            | schemat 4-dawkowy                                                                                                                              | 1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia         | w 2. miesiącu życia     |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 2. dawka – po upływie 8 tygodni od pierwszej dawki | w 4. miesiącu życia     |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 3. dawka – po upływie 8 tygodni od drugiej dawki   | w 6. miesiącu życia     |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 4. dawka – od ukończenia 15. miesiąca życia        | w 16–18. miesiącu życia |
| <b>przeciw rotawirusom</b>                                              | schemat 3-dawkowy – w przypadku szczepienia szczepionką, dla której Charakterystyka Produktu Leczniczego określa 3-dawkowy schemat szczepienia | 1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia         | w 2. miesiącu życia     |
|                                                                         |                                                                                                                                                | 2. dawka – po upływie 4 tygodni od pierwszej dawki | w 4. miesiącu życia     |

|                                                                           |  |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                           |  |                                                                                                                                                | 3. dawka – po upływie 4 tygodni od drugiej dawki                                                                                                                                                    | w 5–6. miesiącu życia                                                                        |
|                                                                           |  | schemat 2-dawkowy – w przypadku szczepienia szczepionką, dla której Charakterystyka Produktu Leczniczego określa 2-dawkowy schemat szczepienia | 1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia<br>2. dawka – po upływie 4 tygodni od pierwszej dawki                                                                                                    | w 2. miesiącu życia<br>w 4. miesiącu życia                                                   |
|                                                                           |  | schemat 4-dawkowy                                                                                                                              | 1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia<br>2. dawka – po upływie 8 tygodni od pierwszej dawki<br>3. dawka – po upływie 8 tygodni od drugiej dawki<br>4. dawka – od ukończenia 15. miesiąca życia | w 2. miesiącu życia<br>w 4. miesiącu życia<br>w 6. miesiącu życia<br>w 16–18. miesiącu życia |
| <b>przeciw inwazyjnym zakażeniom <i>Haemophilus Influenzae</i> typu b</b> |  | schemat 1-dawkowy                                                                                                                              | pojedyncza dawka – od ukończenia 12. miesiąca życia                                                                                                                                                 | w 13–15. miesiącu życia                                                                      |
| <b>przeciw odrze, nagminnemu zapaleniu przyusznic (świniec), różyczce</b> |  |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |

## II. Szczepienia przypominające

| Szczepienie                                                               | Osoby objęte obowiązkiem poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym | Dawki szczepionki i wiek, w którym są podawane                                                                     | Termin wykonania szczepienia |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| przeciw ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu ( <i>poliomyelitis</i> ) | od ukończenia 5. roku życia do ukończenia 6. roku życia                   | pojedyncza dawka – od ukończenia 5. roku życia przez osobę, u której wykonano szczepienie podstawowe               | do ukończenia 6. roku życia  |
| przeciw odrze, nagminnemu zapaleniu przyusznic (świniec), różyczce        | od ukończenia 5. roku życia do ukończenia 6. roku życia                   | pojedyncza dawka – po ukończeniu 5. roku życia przez osobę, u której wykonano szczepienie podstawowe               | do ukończenia 6. roku życia  |
| przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi                                     | od ukończenia 5. roku życia do ukończenia 6. roku życia                   | pojedyncza dawka – po ukończeniu 5. roku życia przez osobę, u której wykonano szczepienie podstawowe               | do ukończenia 6. roku życia  |
|                                                                           | od ukończenia 13. roku życia do ukończenia 14. roku życia                 | pojedyncza dawka – po ukończeniu 13. roku życia przez osobę, u której wykonano pierwsze szczepienie przypominające | do ukończenia 14. roku życia |
| przeciw błonicy i tężcowi                                                 | od ukończenia 18. roku życia do ukończenia 19. roku życia                 | pojedyncza dawka – po ukończeniu 18. roku życia przez osobę, u której wykonano drugie szczepienie przypominające   | do ukończenia 19. roku życia |

## WZÓR

**ZAŚWIADCZENIE****O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM***(nadruk lub pieczętka zawierające co najmniej nazwę (firmę),**adres, numer telefonu i numer REGON podmiotu wydającego zaświadczenie)*

W wyniku przeprowadzonego w dniu ..... o godzinie ..... lekarskiego badania kwalifikacyjnego  
zaświadcza się, że:

u Pana/i ..... urodzonego/ej w dniu ..... zamieszkałego/ej

w .....

(adres zamieszkania)

numer PESEL lub numer dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

.....

.....

stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

.....

.....

w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego

stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

.....

.....

dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia

..... \*)

stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, dające podstawy do  
długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia, i skierowano na konsultację specjalistyczną do poradni.

.....

..... \*\*)

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA\*\*)

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia .....

(miejsowość)

.....

(nadruk lub pieczętka lekarza zawierające co najmniej imię, nazwisko

i numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis)

\*) Wypełnia lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne lub konsultację specjalistyczną.

\*\*) Wypełnia lekarz w przypadku skierowania na konsultację specjalistyczną do poradni.

## WZÓR

**Karta uodpornienia**

|                                                                                                                                   |                    |             |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-------------------|
| Nazwisko i imię,<br>numer PESEL<br>lub numer<br>dokumentu<br>tożsamości –<br>w przypadku osób<br>nieposiadających<br>numera PESEL | <i>nazwisko</i>    | <i>imię</i> | Data urodzenia    |
|                                                                                                                                   | .....              | .....       | dzień miesiąc rok |
|                                                                                                                                   | .....              | .....       | .....-.....-..... |
|                                                                                                                                   | <i>Numer PESEL</i> | .....       |                   |

**Obowiązkowe szczepienia ochronne**

| Wiek                    | Rodzaj szczepionki /<br>numer dawki | Data i godzina<br>wykonania<br>szczepienia | Miejsce<br>podania<br>szczepionki | Nazwa<br>szczepionki | Numer serii<br>szczepionki | Podpis osoby<br>wykonującej<br>szczepienie |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| noworodek               |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
| 2. miesiąc<br>życia     |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
|                         |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
|                         |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
| 3–4. miesiąc<br>życia   |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
|                         |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
|                         |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
| 5–6. miesiąc<br>życia   |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
|                         |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
|                         |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
| 7. miesiąc<br>życia     |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
| 12–15.<br>miesiąc życia |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
|                         |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
|                         |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
| 16–18.<br>miesiąc życia |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
|                         |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
|                         |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
| 6. rok życia            |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
| 14. rok życia           |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |
| 19. rok życia           |                                     |                                            |                                   |                      |                            |                                            |



## WZÓR

Objaśnienie: Książeczka szczepień ma format A5.

**Książeczka szczepień**

|                                                                                                                                   |                    |             |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------------------------------|
| Nazwisko i imię,<br>numer PESEL<br>lub numer<br>dokumentu<br>tożsamości –<br>w przypadku osób<br>nieposiadających<br>numera PESEL | <i>nazwisko</i>    | <i>imię</i> | Data urodzenia<br>dzień miesiąc rok<br>.....-.....-..... |
|                                                                                                                                   | .....              | .....       |                                                          |
|                                                                                                                                   | <i>Numer PESEL</i> |             |                                                          |
|                                                                                                                                   | .....              |             |                                                          |

**Obowiązkowe szczepienia ochronne**

| Wiek                 | Rodzaj szczepionki | Data i godzina wykonania szczepienia | Nazwa szczepionki | Numer serii szczepionki | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
|----------------------|--------------------|--------------------------------------|-------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| noworodek            |                    |                                      |                   |                         |                                      |
| 2. miesiąc życia     |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
| 3–4. miesiąc życia   |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
| 5–6. miesiąc życia   |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
| 7. miesiąc życia     |                    |                                      |                   |                         |                                      |
| 12–15. miesiąc życia |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
| 16–18. miesiąc życia |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
| 6. rok życia         |                    |                                      |                   |                         |                                      |
|                      |                    |                                      |                   |                         |                                      |
| 14. rok życia        |                    |                                      |                   |                         |                                      |
| 19. rok życia        |                    |                                      |                   |                         |                                      |



**Załącznik nr 5**  
(uchylony)<sup>6)</sup>

---

<sup>6)</sup> Przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

## WZÓR

**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej        |                   | <b>Kwartalne sprawozdanie<br/>z przeprowadzonych szczepień<br/>ochronnych sporządzone według ilości<br/>wykorzystanych szczepionek<br/>za okres<br/>od ..... do ..... r.</b> |                              |                             | Adresat                                                                                |
|-----------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             | <b>Sprawozdanie należy przekazać<br/>w terminie 15 dni od zakończenia<br/>kwartału</b> |
| Numer identyfikacyjny – REGON                 |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| Lp.                                           | Nazwa szczepionki | Jednostka<br>miary                                                                                                                                                           | Ilość zużytej<br>szczepionki | Liczba<br>podanych<br>dawek | Uwagi/ Komentarze                                                                      |
|                                               | 1                 | 2                                                                                                                                                                            | 3                            | 4                           | 5                                                                                      |
| 1                                             |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 2                                             |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 3                                             |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 4                                             |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 5                                             |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 6                                             |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 7                                             |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 8                                             |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 9                                             |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 10                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 11                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 12                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 13                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 14                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 15                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 16                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 17                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 18                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 19                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 20                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 21                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 22                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 23                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |
| 24                                            |                   |                                                                                                                                                                              |                              |                             |                                                                                        |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu .....

.....  
(nadruk lub pieczętka osoby działającej w imieniu sprawozdawcy  
zawierające co najmniej imię i nazwisko oraz jej podpis)

(miejscowość i data)