

Kompas gotowości na **RSV** u niemowląt



**Instytut
Matki i Dziecka**
Fundacja



**Instytut
Matki i Dziecka**
Fundacja

Fundacja Instytutu Matki i Dziecka
Warszawa, 2026 r.



Spis treści



Gotowość szpitali	6
Gotowość systemu.....	14
Perspektywa personelu medycznego	20
Gotowość rodziców.....	24



01

Gotowość szpitali



RSV W LICZBACH

RSV jest jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji niemowląt w Polsce. W sezonie 2022/2023 z powodu zakażenia tym wirusem do szpitala trafiło ponad 20 tysięcy dzieci poniżej 5. roku życia. Aż 70–80% hospitalizowanych stanowiły noworodki i niemowlęta¹.

Jednocześnie **prawie 95% dzieci hospitalizowanych z powodu RSV w Polsce nie wykazywało przed zachorowaniem żadnego z czynników ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby²**, co świadczy o tym, jak nieprzewidywalny charakter ma zakażenie RSV.



Dla porównania, w USA jeszcze kilka lat temu najczęstszą przyczyną hospitalizacji niemowląt był właśnie RSV³, a ostre zapalenie oskrzelików wywołane RSV było najczęstszym rozpoznaniem u niemowląt poniżej 1. miesiąca życia. Ale już pierwsza sezonowa dostępność immunizacji przeciwciałem monoklonalnym oraz szczepień kobiet w ciąży doprowadziła do 28–43% spadku hospitalizacji niemowląt w wieku poniżej 7. miesiąca⁴.

1 Mazela J., Jackowska T., Czech M., et al. *Epidemiology of Respiratory Syncytial Virus Hospitalizations in Poland: 2015–2023*. Viruses. 2024;16(6). PMID: 38793586.

2 Mazela J., Jackowska T., Czech M., et al. *Epidemiology of Respiratory Syncytial Virus Hospitalizations in Poland: An Analysis from 2015 to 2023 Covering the Entire Polish Population of Children Aged under Five Years*. Viruses. 2024;16(5):704. PMID: 38793586.

3 Hall C.B., Weinberg G.A., Iwane M.K., et al. *The Burden of Respiratory Syncytial Virus Infection in Young Children*. N Engl J Med. 2009;360(6):588–598.

4 Patton M.E., Moline H.L., Whitaker M., et al. *Interim Evaluation of Respiratory Syncytial Virus Hospitalization Rates Among Infants and Young Children After Introduction of Respiratory Syncytial Virus Prevention Products – United States, October 2024–February 2025*. MMWR. 2025;74(16):273–281

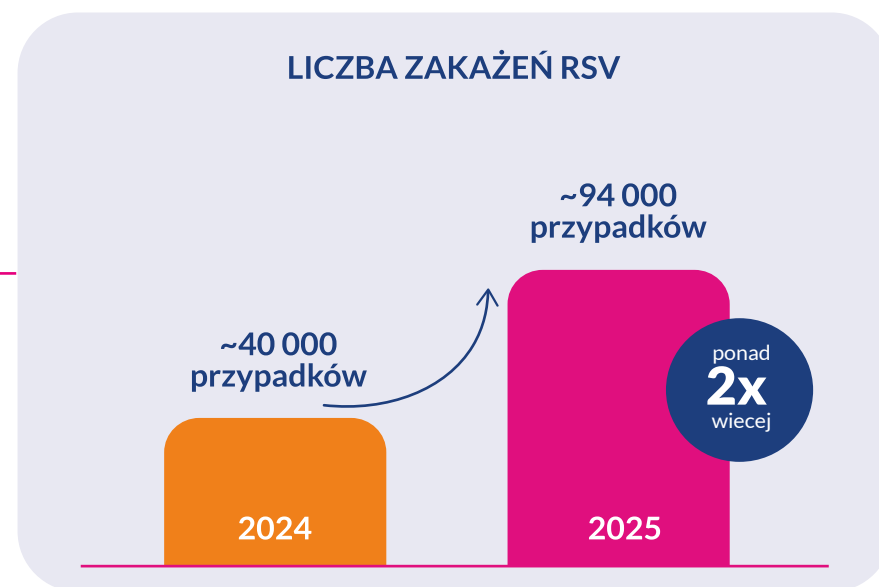
Zakażenia RSV stanowią także duże wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Ze względu na to, że zachorowania występują głównie w sezonie jesienno-zimowym (od listopada do marca), co roku dochodzi do zwiększonego obciążenia oddziałów pediatrycznych. W tym samym czasie rośnie liczba dzieci hospitalizowanych z powodu grypy i COVID-19, co dodatkowo zwiększa liczbę pacjentów wymagających opieki szpitalnej⁵.

Dane epidemiologiczne raportu Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP PZH – PIB oraz Departamentu Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych GIS pokazują, że **liczba zakażeń RSV w Polsce wyraźnie wzrasta. Od 1 stycznia do 15 grudnia 2025 roku odnotowano ponad 94 tysiące przypadków zakażenia RSV, czyli ponad dwa razy więcej niż w analogicznym okresie 2024 roku, kiedy zarejestrowano blisko 40 tysięcy przypadków.** Najbardziej narażone na zakażenie są najmłodsze dzieci. W 2025 roku wśród dzieci do 2. roku życia odnotowano ponad 33 tysiące przypadków RSV, podczas gdy rok wcześniej było ich ponad 18 tysięcy. Dane te pokazują, że RSV pozostaje istotnym zagrożeniem zdrowotnym, szczególnie dla niemowląt i małych dzieci⁶.

Sytuacja ta dotyczy również szpitali specjalistycznych. W sezonie jesienno-zimowym odnotowuje się zakażenia RSV u dzieci hospitalizowanych z powodu innych chorób. Dodatkowo często dochodzi do przesuwania planowych przyjęć, ponieważ pacjenci przed hospitalizacją zapadają na infekcje, w tym RSV. Powoduje to utrudnienia w bieżącej działalności placówek oraz w plano-

waniu pracy.

W praktyce klinicznej nie jest to już problem pojedynczych hospitalizacji, ale istotne zagrożenie dla ciągłości opieki pediatrycznej. W szczycie sezonu infekcyjnego oddziały dziecięce oraz oddziały intensywnej terapii dla niemowląt często pracują na granicy swoich możliwości, a szanse na przeniesienia pacjen-



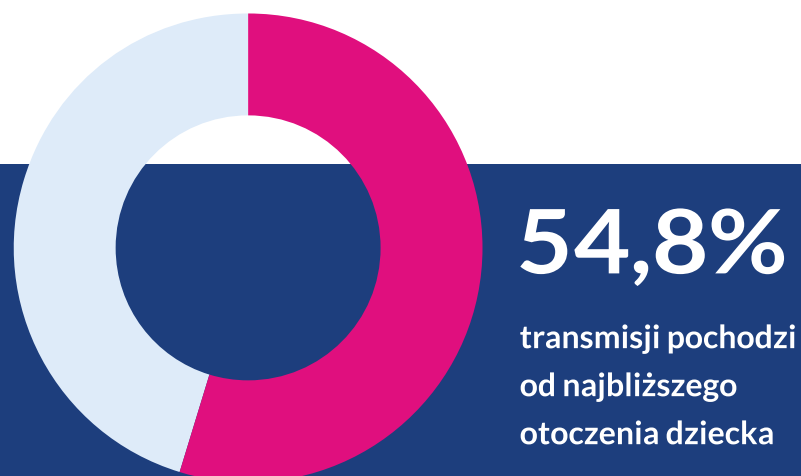
tów do innych placówek są ograniczone. Wysoka liczba przyjęć obserwacyjnych oraz trudny do przewidzenia przebieg zakażenia RSV u niemowląt bez czynników ryzyka powodują szybkie zajmowanie dostępnych łóżek i zwiększają obciążenie personelu medycznego.

⁵ Seasonality and drivers of RSV burden

⁶ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB, Główny Inspektorat Sanitarny. Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 15 grudnia 2025 roku oraz w porównywalnym okresie 2024 roku.

” prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, specjalista epidemiolog, specjalista zdrowia publicznego: RSV to temat, który nie omija również wyspecjalizowanych ośrodków, które na co dzień koncentrują się na leczeniu innych, często bardzo złożonych schorzeń. Instytut Matki i Dziecka jako wyspecjalistyczny szpital dziecięcy świadczący codzienną opiekę nad pacjentami z całej Polski, specjalizuje się m.in. w leczeniu chorób nowotworowych dzieci i młodzieży, chorób neurologicznych, chorób rzadkich, w tym w szczególności wrodzonych wad metabolizmu czy wcześniactwa.

Zakażenia RSV charakteryzują się nieprzewidywalnym przebiegiem. Hospitalizacji wymagają nie tylko dzieci z grup wysokiego ryzyka, w tym urodzone przedwcześnie, ale także zdrowe niemowlęta urodzone o czasie, u których wirus RS może prowadzić do ciężkiej niewydolności oddechowej. Potwierdza to ograniczoną przydatność strategii opartych wyłącznie na identyfikacji grup ryzyka.



ZAKAŹNOŚĆ RSV A PRESJA NA ODDZIAŁY

Jednym z głównych wyzwań związanych ze skuteczną profilaktyką zakażeń spowodowanych RSV jest fakt, że wirus szerzy się niezwykle szybko – jego współczynnik reprodukcji wynosi średnio $R_0 = 4,5$ (zakres 1,7–8,24)⁷, co czyni go jednym z najbardziej transmisyjnych wirusów oddechowych u dzieci. Dla porównania, sezonowa grypa ma $R_0 \approx 1,3$, a rhinowirus 1,2–2,5⁵.

” prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, specjalista epidemiolog, specjalista zdrowia publicznego: Wysoka zakaźność wirusa RS powoduje gwałtowne zwiększenie liczby zakażeń w krótkim czasie, co bezpośrednio przekłada się na wzrost hospitalizacji niemowląt. Dodatkowo **większość zakażeń pochodzi z kontaktu z bliskimi – 54,8% transmisji pochodzi od najbliższego otoczenia dziecka (rodzeństwo, rodzice, dziadkowie)**⁸, co sprawia, że nawet zdrowe noworodki są narażone na zakażenie tuż po urodzeniu.

⁷ Hall C.B., Weinberg G.A., Iwane M.K., et al. The Burden of Respiratory Syncytial Virus Infection in Young Children. *N Engl J Med.* 2009;360(6):588–598.

⁸ Źródła transmisji RSV w najbliższym otoczeniu niemowlęcia, analiza sieci zakażeń.

**” mgr Beata Zosowska, specjalista ds. epidemiologii, po-
łożna koordynująca IMiD:** Mimo że zakażenia wirusem RS nie
stanowią głównego profilu działalności klinicznej IMiD – za-
wyczaj są one domeną jednostek posiadających SOR-y oraz
oddziały ogólnopediatryczne – również nasi pacjenci ulegają
tym zakażeniom. W 2025 roku odnotowano 12 przypadków
RSV w Klinice Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii oraz
6 przypadków w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Noworodka. Dlatego wyzwanie związane z ograniczaniem licz-
by zachorowań na RSV wśród dzieci pozostaje dla nas istotne,
co znajduje odzwierciedlenie w naszym zaangażowaniu w dzia-
łania edukacyjne i promujące profilaktykę zakażeń.



02

Gotowość systemu

JAK NA ŚWIECIE CHRONI SIĘ NIEMOWLĘTA PRZED RSV?

W Europie 23 kraje rekomendują immunizację niemowląt przeciw RSV, a 19 finansuje ją systemowo⁹.

Dane z praktyki klinicznej pochodzące m.in. z Hiszpanii, Francji, Stanów Zjednoczonych i Chile wskazują, że wprowadzenie powszechnych programów immunizacji przeciw RSV może znacząco ograniczyć liczbę ciężkich zachorowań u niemowląt. W analizowanych krajach odnotowano spadek liczby hospitalizacji związanych z RSV o 70–98%¹⁰.



W krajach, które wprowadziły szerokie programy ochrony przed RSV, największe korzyści odnotowano wtedy, gdy ochroną objęto wszystkie niemowlęta w pierwszym roku życia. Dzięki temu mniej dzieci trafia do szpitala z powodu ciężkiego przebiegu zakażenia, a oddziały pediatryczne są mniej obciążone w sezonie zwiększonej liczby zachorowań. Zarówno analizy realworld z Chile, jak i modele populacyjne z USA wskazują, że strategie ograniczone wyłącznie do sezonowości lub wybranych grup nie pozwalają w pełni zredukować obciążenia systemu ochrony zdrowia.

⁹ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Rapid Scientific Advice on Protecting Infants Against Respiratory Syncytial Virus Disease for the European 2025/26 Winter Season*. ECDC, 2025

¹⁰ Sanofi Global RWE on Nirsevimab Effectiveness (2023–2025) — zestawienie przypadków z Hiszpanii, Francji, USA, Chile.

JAKA OCHRONA JEST AKTUALNIE DOSTĘPNA W POLSCE

W Polsce nie funkcjonuje powszechny program profilaktyki RSV obejmujący wszystkie niemowlęta, mimo że to właśnie zdrowe noworodki stanowią większość hospitalizowanych.

Do niedawna jedyną dostępną formą profilaktyki biernej RSV były przeciwciała monoklonalne, stosowane wyłącznie u niewielkiej grupy niemowląt z najwyższym ryzykiem ciężkiego przebiegu choroby. Ze względu na ograniczone kryteria kwalifikacji oraz konieczność podawania kolejnych dawek w trakcie sezonu, metoda ta nie mogła istotnie zmniejszyć liczby hospitalizacji, które w większości dotyczą dzieci zdrowych.

SYMULACJA „WHAT IF?” DLA POLSKI

Co zyskałby system, gdyby profilaktyka RSV objęła wszystkie niemowlęta?

■ Lepsza ochrona zdrowia najmłodszych

Profilaktyka znacząco zmniejszyłaby ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u noworodków i niemowląt, które dziś są najbardziej narażone, mimo że przeważnie rodzą się zdrowe.

■ Mniej ciężkich powikłań

Redukcja infekcji przekłada się bezpośrednio na mniej epizodów duszności, niedotlenienia i hospitalizacji, które dziś są częstą przyczyną pilnych interwencji.

■ Ociążenie SOR i POZ w sezonie jesienno-zimowym

Mniejsza liczba nagłych infekcji u niemowląt zmniejsza przepływ pacjentów w najbardziej obciążonych miesiącach, stabilizując pracę zespołów medycznych.

■ Stabilniejsza praca oddziałów pediatrycznych

Redukcja hospitalizacji pozwoliłaby uniknąć sezonowych pików obłożenia łóżek, odwołań przyjęć planowych oraz przeciążenia personelu.

■ Mniej stresu i niepewności po stronie rodziców

Rodziny rzadziej doświadczałyby nagłych epizodów duszności u niemowlęcia, nocnych wyjazdów na SOR i związanej z tym silnej presji emocjonalnej.

■ Mniej absencji w pracy i obciążenia społecznego

Każda uniknięta hospitalizacja to mniej dni opieki, mniej nieobecności w pracy i mniejsze koszty społeczne ponoszone przez rodziny oraz pracodawców.

■ Większa równość zdrowotna

Powszechna profilaktyka daje równe szanse wszystkim niemowlętom, niezależnie od statusu finansowego lub miejsca zamieszkania, eliminując różnice w dostępie do ochrony.

■ Inwestycja w stabilność systemu, nie projekt oszczędnościowy

Koszt programu profilaktyki jest przede wszystkim inwestycją w bezpieczeństwo zdrowotne najmłodszych oraz odporność systemu pediatrycznego w najbardziej obciążonym sezonie.



” prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, specjalista epidemiolog, specjalista zdrowia publicznego: Zakażenia RSV generują istotne koszty nie tylko dla systemu ochrony zdrowia, ale również dla gospodarki i systemu ubezpieczeń społecznych. Jednym z głównych efektów są częste hospitalizacje dzieci, które szczególnie w okresach epidemicznych obciążają oddziały pediatryczne oraz oddziały intensywnej terapii. Wzrost liczby zachorowań przekłada się na większe koszty leczenia oraz zwiększone wykorzystanie zasobów medycznych. Istotnym, choć często niedoszacowanym skutkiem są również zwolnienia rodziców z pracy w związku z opieką nad chorym dzieckiem. Prowadzi to do spadku produktywności oraz zwiększonego obciążenia systemu ubezpieczeń społecznych poprzez wypłaty zasiłków opiekuńczych. Dodatkowo, częste i ciężkie infekcje u małych dzieci mogą wpływać na sytuację zawodową rodziców, szczególnie matek, które częściej ograniczają aktywność zawodową lub czasowo ją przerywają.



03

Perspektywa personelu medycznego



Personel medyczny podkreśla, że zakażenia RSV przebiegają nieprzewidywalnie, a leczenie jest wyłącznie objawowe¹¹.

W przypadku ciężkich przebiegów dzieci wymagają tlenu, płynów i niekiedy wentylacji mechanicznej¹².

” dr hab. n. med. i n. o zdr. Paweł Krajewski, specjalista neonatologii: RSV jest jednym z najważniejszych patogenów zakażeń dolnych dróg oddechowych u niemowląt. U noworodków i małych niemowląt może szybko prowadzić do zapalenia oskrzelików i niewydolności oddechowej wymagającej tlenoterapii, a w cięższych przypadkach także wentylacji mechanicznej. Co istotne, ciężki przebieg infekcji może wystąpić również u dzieci urodzonych o czasie i dotychczas zdrowych, co utrudnia przewidywanie ryzyka klinicznego. Brak leczenia przyczynowego RSV wymusza niski próg hospitalizacji niemowląt, zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia. W praktyce oznacza to częstsze przyjęcia o charakterze obserwacyjnym oraz konieczność intensywnego monitorowania dzieci, u których przebieg zakażenia może ulec gwałtownemu pogorszeniu w ciągu kilku godzin. Dlatego tak duże znaczenie ma profilaktyka, która może zmniejszać ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u najmłodszych pacjentów.

” dr n. med. Alicja Karney, specjalista pediatra, wakcynolog: Z perspektywy pediatry brak leczenia przyczynowego RSV oznacza, że postępowanie ma charakter wyłącznie objawowy. W praktyce klinicznej kluczowe jest więc wczesne rozpoznanie pogorszenia stanu dziecka oraz zapewnienie odpowiedniego

11 Ralston S.L., Lieberthal A.S., Meissner H.C., et al. *Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics.* 2014;134(5):e1474–e1502

12 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Symptoms and Care of RSV.* CDC

nawodnienia i wsparcia oddechowego. To sprawia, że decyzje o obserwacji lub hospitalizacji opierają się przede wszystkim na ocenie ryzyka szybkiej progresji choroby, a nie na możliwości wdrożenia terapii przyczynowej.



04

Gotowość rodziców



Badania zachowań rodziców pokazują, że chaos informacyjny obniża gotowość do działania - rodzice redukują decyzje profilaktyczne, jeśli nie czują zaufania i wsparcia¹³. Decyzje rodziców dotyczące profilaktyki zdrowotnej są silnie kształtowane przez emocje, postrzeganie ryzyka oraz obawy o bezpieczeństwo dziecka¹⁴.

99 mgr Jagna Szulc-Kamińska, położna IMiD: Ochrona najmłodszych stanowi dla rodziców cel nadrzędny już od pierwszych dni życia dziecka. Skupiają się oni na zapewnieniu bezpieczeństwa i zdrowia, a każda sytuacja zagrożenia, taka jak hospitalizacja np. z powodu RSV, jest dla nich niezwykle trudnym doświadczeniem. Towarzyszy jej silny lęk o stan dziecka, poczucie bezradności oraz obciążenie emocjonalne, które może utrzymywać się jeszcze długo po zakończeniu leczenia.

Rodzice odczuwają:



lęk

„czy podejmuję właściwą decyzję?”,



frustrację

wynikającą z niespójnych rekomendacji,



potrzebę wsparcia

i wysłuchania bardziej niż suchych danych.

¹³ Damnjanović K., Graeber J., Ilić S., et al. Parental Decision-Making on Childhood Vaccination. *Frontiers in Psychology*. 2018;9:735.

¹⁴ Damnjanović K., Graeber J., Ilić S., et al. Parental Decision-Making on Childhood Vaccination. *Front Psychol*. 2018;9:735

Równocześnie fakty epidemiologiczne są jednoznaczne:

1 na 5 dzieci poniżej 2 lat wymaga ambulatoryjnej pomocy medycznej z powodu RSV¹⁵.



1 na 50 niemowląt wymaga hospitalizacji w pierwszym roku życia¹⁶.



Rodzice potrzebują zrozumienia i uspokojenia, a następnie faktów.

💡 dr n. med. Alicja Karney, specjalista pediatra, wakcynolog: Profilaktyka jest najbardziej skuteczna wtedy, gdy wyprzedza chorobę, a nie reaguje na jej wystąpienie. W przypadku RSV

szczególnie istotne jest to, że pierwsze miesiące życia dziecka stanowią okres największej podatności na ciężki przebieg zakażenia, dlatego właśnie wtedy ochrona ma kluczowe znaczenie dla zdrowia najmłodszych pacjentów.

💡 prof. IMiD, dr hab. n. med. i o zdr. Dorota Kleszczewska, specjalista zdrowia publicznego: Z perspektywy zdrowia publicznego RSV to również wyzwanie w odniesieniu do tzw. poziomu health literacy, czyli kompetencji zdrowotnych rodziców, na które składają się posiadana wiedza, umiejętność jej stosowania, ale również pozyskiwanie i sprawdzanie informacji na temat zdrowia. W obszarze immunizacji obserwujemy wyraźny wpływ dezinformacji obecnej w mediach i internecie na poziom wyszczenia populacji. Kampanie informacyjne oparte na tzw. fake newsach sprawiają, że zaufanie do szczepień spada, narastają obawy nie tyle przed samymi chorobami zakaźnymi, ile przed samymi szczepieniami. W efekcie rodzice częściej koncentrują się na potencjalnych działaniach niepożądanych niż na ryzyku ciężkiego przebiegu choroby i jej powikłań, które mogą mieć długofalowe konsekwencje zdrowotne u dzieci. Tymczasem to właśnie powikłania infekcji najczęściej wpływają na zdrowie dziecka w perspektywie wielu lat a szczepienia ochronne są najskuteczniejszym sposobem, żeby temu zapobiec.

¹⁵ Lively J.Y., Curns A.T., Weinberg G.A., et al. Respiratory Syncytial Virus–Associated Outpatient Visits Among Children Younger Than 24 Months. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*. 2019;8(3):284–286

¹⁶ McLaughlin J.M., Khan F., Schmitt H.-J., et al. Respiratory Syncytial Virus–Associated Hospitalization Rates among US Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Infect Dis*. 2022;225(6):1100–1111.

O FUNDACJI INSTYTUTU MATKI I DZIECKA

Fundacja Instytutu Matki i Dziecka działa od marca 2014 roku, aby wspierać działalność naukową, kliniczną, edukacyjną i społeczną Instytutu Matki i Dziecka oraz podejmować inicjatywy służące poprawie zdrowia dzieci, młodzieży i kobiet w ciąży.

Fundacja realizuje projekty z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, prowadzi kampanie edukacyjne oraz wspiera działania na rzecz zwiększania świadomości zdrowotnej społeczeństwa, w tym promocji szczepień ochronnych. Angażuje się również w organizację konferencji, szkoleń i wydarzeń popularyzujących wiedzę medyczną oraz upowszechniających dorobek naukowy Instytutu Matki i Dziecka.

Ważnym obszarem działalności Fundacji jest realizacja krajowych i międzynarodowych projektów badawczych oraz edukacyjnych. Projekty dotyczą przede wszystkim zdrowia dzieci i młodzieży, zdrowia psychicznego oraz wyrównywania szans młodych ludzi. Charakterystycznym elementem tych działań jest aktywne włączanie dzieci i młodzieży w proces tworzenia i upowszechniania wypracowanych rozwiązań.

Bibliografia:

1. Mazela J., Jackowska T., Czech M., et al. *Epidemiology of Respiratory Syncytial Virus Hospitalizations in Poland: 2015–2023*. *Viruses*. 2024;16(6). PMID: 38793586.
2. Suh M., Movva N., Jiang X., et al., *Respiratory Syncytial Virus Burden and Healthcare Utilization in United States Infants <1 Year of Age: Study of Nationally Representative Databases, 2011–2019*, *J Infect Dis*, 2022.
3. Hall C.B., Weinberg G.A., Iwane M.K., et al. *The Burden of Respiratory Syncytial Virus Infection in Young Children*. *N Engl J Med*. 2009;360(6):588–598.
4. Patton M.E., Moline H.L., Whitaker M., et al. *Interim Evaluation of Respiratory Syncytial Virus Hospitalization Rates Among Infants and Young Children After Introduction of Respiratory Syncytial Virus Prevention Products – United States, October 2024–February 2025*. *MMWR*. 2025;74(16):273–281.
5. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB, Główny Inspektorat Sanitarny. *Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 15 grudnia 2025 roku oraz w porównywalnym okresie 2024 roku*.
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Rapid Scientific Advice on Protecting Infants Against Respiratory Syncytial Virus Disease for the European 2025/26 Winter Season*. ECDC, 2025
7. Sanofi Global RWE on Nirsevimab Effectiveness (2023–2025) – zestawienie przypadków z Hiszpanii, Francji, USA, Chile.
8. Ralston S.L., Lieberthal A.S., Meissner H.C., et al. *Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis*. *Pediatrics*. 2014;134(5):e1474–e1502
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Symptoms and Care of RSV*. CDC
10. Damjanović K., Graeber J., Ilić S., et al. *Parental Decision-Making on Childhood Vaccination*. *Frontiers in Psychology*. 2018;9:735.
11. Lively J.Y., Curns A.T., Weinberg G.A., et al. *Respiratory Syncytial Virus–Associated Outpatient Visits Among Children Younger Than 24 Months*. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*. 2019;8(3):284–286
12. McLaughlin J.M., Khan F., Schmitt H.-J., et al. *Respiratory Syncytial Virus–Associated Hospitalization Rates among US Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *J Infect Dis*. 2022;225(6):1100–1111.

Fundacja Instytutu Matki i Dziecka
📍 ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa
✉ fundacja@fundacja.imid.med.pl
☎ 22 327 74 26



fundacja.imid.med.pl