|  |
| --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**DEPARTAMENT ZDROWIA |
| **MSWiA-35****Sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej** |
| **za rok 2024** |
| Termin przekazania: 10 lutego 2025 r. |
| Nazwa i adres samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej MSWiA | Nazwa i adres zakładu leczniczego | Nazwa jednostki organizacyjnej |
| Numer księgi rejestrowej SP ZOZ MSWiA | REGON zakładu leczniczego | Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V) |
| TERYT SP ZOZ MSWiA | TERYT zakładu leczniczego | TERYT jednostki organizacyjnej |

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 773, z późn.zm.).

W przypadku, gdy sprawozdanie wypełniane jest zbiorczo dla całego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w części V kody resortowego wpisać symbol 99.

Sprawozdanie wypełniają podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową.

**Dział 1. Badanie serologiczne i mikrobiologiczne**

Proszę wykazać tylko badania wykonane dla pacjentów poradni skórno-wenerologicznej.

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Ogółem** |
| 0 | 1 |
| Zbadanie próbki krwi w kierunku kiły | 1 |  |
| Pacjenci, u których wykonano posiew w kierunku rzeżączki | 2 |  |
| z w. 2 z wynikiem dodatnim | 3 |  |

**Dział 2. Dane uzupełniające**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Ogółem** |
| 0 | 1 |
| Chorzy na kiłę pozostający w obserwacji w dniu 31.12 roku poprzedzającego rok sprawozdawczy1) | 1 |  |
| Kobiety, u których wykryto kiłę w czasie ciąży lub porodu2)  | 2 |  |
| Hospitalizowani z powodu kiły (także podejrzenia)3) | 3 |  |
| Hospitalizowani z powodu rzeżączki3) | 4 |  |

1) Proszę podać dane na podstawie kartoteki czynnej chorych na choroby przenoszone drogą płciową.

2) Proszę podać dane na podstawie kart wyników badań oraz kart choroby właściwej poradni.

3) Proszę podać dane na podstawie dokumentacji medycznej oraz informacji uzyskanych z oddziału dermatologicznego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

**Dział 3. Leczeni po raz pierwszy i pozostający pod obserwacją**

Wypełniają poradnie prowadzące rejestr chorych i osób, które miały kontakty seksualne z chorymi. Rozpoznania należy wpisywać zgodnie z ICD-10. W kolumnie 0 występują następujące oznaczenia:

M- mężczyźni, K – kobiety. Wiersz 01 jest sumą wierszy 03, 05, 07, 09, 11, 13, 15, 17 i 19. Wiersz 02 jest sumą wierszy 02, 04, 06, 08, 10, 12, 14, 16, 18 i 20.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leczeni** | **Kiła wrodzona (A50-A50.9)** | **Kiła pierwotna (A51.0-A51.2)** | **Kiła II okresu wczesna (A51.3a)** | **Kiła II okresu nawrotowa (A51.3b-A51.4)** | **Kiła wczesna utajona (A51.5-A51.9)** | **Kiła późna inna i nieokreślona (A52.0-A53)** | **Leczenie profilak-tyczne osób z kontaktów kiły** | **Rzeżączka (A54)** | **Leczenie profilak-tyczne osób z kontaktów rzeżączki** | **Nierzeżącz-kowe nieżyty (A56-A56.8)** | **Kłykciny kończyste (A63.0)** | **Opryszczka narządów płciowych (A60-A60.9)** |
| **Wiek** | **Płeć** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Ogółem, z tego: | M | 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K | 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| poniżej 1 roku | M | 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K | 04 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1-9 lat | M | 05 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K | 06 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10-14 lat | M | 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K | 08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15-19 lat | M | 09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20-24 lat | M | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25-29 lat | M | 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30-44 lat | M | 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45-64 lat | M | 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 lat i więcej | M | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb formularza | 1 |  |
| Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza | 2 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
| (imię, nazwisko i telefon osoby,która sporządziła sprawozdanie) | (miejscowość i data) | (imię i nazwisko osobydziałającej w imieniu sprawozdawcy) |