|  |
| --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**DEPARTAMENT ZDROWIA |
| **MSWiA-39** **Sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc**  |
| **za rok 2023** |
| Termin przekazania: 9 lutego 2024 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 2022 r. poz. 459, 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.

**Dział 1. Zarejestrowani w poradni/gabinecie specjalistycznym chorób płuc i gruźlicy**

Podstawą do sporządzenia sprawozdania są dokumentacja lekarska chorego oraz rejestr chorych zarejestrowanych w poradni.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaje schorzeń** | **Osoby zarejes-trowane (stan w dniu 31.12. roku poprze-dzającego rok sprawoz-dawczy)** | **Osoby nowo zarejes-trowane w roku sprawoz-dawczym1)** | **Skreśleni z ewidencji w roku sprawoz-dawczym2)** | **z kol. 3 z powodu zgonu3)** | **Osoby zarejes-trowane (stan w dniu 31.12 roku sprawoz-dawczego) (kol. 1+kol. 2 – kol. 3)4)** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gruźlica płuc potwierdzona bakteriologicznie | 01 |  |  |  |  |  |
| w tym z powodu chronicy | 02 |  |  |  |  |  |
| Gruźlica płuc niepotwierdzona bakteriologicznie | 03 |  |  |  |  |  |
| Razem gruźlica płuc (w.1 +w.3) | 04 |  |  |  |  |  |
| Gruźlica pozapłucna potwierdzona bakteriologicznie | 05 |  |  |  |  |  |
| Gruźlica pozapłucna niepotwierdzona bakteriologicznie | 06 |  |  |  |  |  |
| Razem gruźlica pozapłucna (w.5+w.6) | 07 |  |  |  |  |  |
| Gruźlica ogółem (w.4+w.7) | 08 |  |  |  |  |  |
| Lekooporni ogółem | 09 |  |  |  |  |  |
| w tym wielolekooporni (INH+RMP) | 10 |  |  |  |  |  |
| Osoby ze zwiększonym ryzykiem zachorowania | styczność z gruźlicą prątkującą | 11 |  |  |  | X |  |
| wzmożony OT | 12 |  |  |  | X |  |
| drobne zmiany włókniste | 13 |  |  |  | X |  |
| inne kliniczne/społeczne | 14 |  |  |  | X |  |
| Inne choroby układu oddechowego | POCHP | 15 |  |  |  | X |  |
| astma | 16 |  |  |  | X |  |
| nowotwory układu oddechowego | 17 |  |  |  | X |  |
| inne | 18 |  |  |  | X |  |
| Ogółem w.8+(w.11 do w.18) | 19 |  |  |  |  |  |

1) Dotyczy osób nowo zarejestrowanych w roku sprawozdawczym. W rubryce tej należy wykazać także pacjentów przeniesionych z innych grup w ramach własnej poradni (w tym chronicy) oraz chorych przybyłych z innych poradni.

2) Dotyczy osób skreślonych z ewidencji danej poradni z różnych przyczyn, tj. wyleczenie niewymagające dalszej obserwacji, zgon pacjenta, przeniesieni do innych poradni, przerywający leczenie itd.

3) Proszę wpisać zgony z powodu gruźlicy, jakie miały miejsce w trakcie leczenia w roku sprawozdawczym. W przypadku stwierdzenia gruźlicy po zgonie chorego należy ją wykazać w rubrykach 2 i 4.

4) Proszę wpisać chorych pozostających w ewidencji danej poradni na koniec roku sprawozdawczego (na dzień 31.12 roku sprawozdawczego).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) |