|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data zdarzenia/****interwencji medycznej** | **Miejsce zdarzenia** | **Płeć** | **Inicjały** | **Wiek** | **Wskazanie środka zastępczego****lub nowej substancji psychoaktywnej** | **Nazwa****Produktu****zawierającego****środek lub****substancję****psychoaktywną** | **Rodzaj udzielonego świadectwa zdrowotnego****(symbol świadczenia)\*** | **Imię, nazwisko lub nazwę (firmę) i siedzibę zgłaszającego** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………

Pieczęć zgłaszającego

**Formularz zgłoszenia przypadku podejrzenia zatrucia środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną
na podstawie art. 30a ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii**

**\*Legenda:** rodzaj udzielonego świadczenia: ambulatoryjne świadczenie zdrowotne (AA); stacjonarne lub całodobowe świadczenie zdrowotne: obserwacja w SOR (SOR); pobyt do 8 godzin w SOR lub izbie przyjęć (SOR/IP); hospitalizacja powyżej 24 godzin (H); niehospitalizowany (NH).

………………………………….

 data

……………………………………

podpis zgłaszającego