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

**\*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).