

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

Powiat	Lp	Data zdarzenia/interwencji medycznej	Miejsce zdarzenia	Płeć	Inicjały	Wiek	wskazanie środka zastępczego lub nowej substancji psychoaktywnej	nazwa produktu	rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego (symbol świadczenia)	imię, nazwisko albo nazwę (firmę) i siedzibę zgłaszającego
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									
	14									
	15									
	16									

kolumna: Inicjały

komentarz: Zaczynając od imienia

kolumna: wskazanie środka zastępczego lub nowej substancji psychoaktywnej

komentarz: wskazanie środka zastępczego lub nowej substancji psychoaktywnej, które spowodowały zatrucie, jeżeli zostały ustalone lub stwierdzone w wyniku badania materiału biologicznego lub ujawnione w badaniu pośmiertnym;

kolumna: rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego (symbol świadczenia)

komentarz: a) ambulatoryjne świadczenie zdrowotne (AA),

b) stacjonarne lub całodobowe świadczenie zdrowotne:

– obserwacja w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR),

– pobyt do 8 godzin w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć (SOR/IP),

– hospitalizacja powyżej 24 godzin (H),

e) niehospitalizowany (NH);