|  |
| --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**DEPARTAMENT ZDROWIA |
| **MSWiA-43****Sprawozdanie z działalności szpitala ogólnego i szpitala specjalistycznego** |
| **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 kodu resortowego wpisać symbol 99.

W sprawozdaniu MSWiA-43 nie należy wykazywać działalności zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów (kody 5160-5361) nawet wtedy, gdy funkcjonują w strukturze szpitala. Działalność wyżej wymienionych jednostek proszę wykazać w formularzu MSWiA-33.

W sprawozdaniu MSWiA-43 nie należy wykazywać działalności oddziałów rehabilitacyjnych (kody 4300-4311) zarejestrowanych **w sanatoriach uzdrowiskowych**. Działalność tych jednostek proszę wykazać w formularzu MSWiA-45.

W sprawozdanie MSWiA-43 nie należy wykazywać działalności ośrodków (zespołów) opieki pozaszpitalnej (kody 2130-2741) nawet wtedy, gdy funkcjonują w strukturze szpitala. Działalność wyżej wymienionych jednostek proszę wykazać w formularzu MSWiA-32.

**Definicje:**

**Hospitalizacja** - świadczenie udzielone w stacjonarnym oddziale szpitalnym trwające co najmniej jedną noc (czas liczony od chwili wpisu do księgi głównej do chwili wypisu).

**Leczenie jednego dnia** – świadczenie wykonane przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin.

**Łóżko** – łóżko umieszczone na stałe na sali chorych z pełnym wyposażeniem, zaopatrzone w pościel, zajęte przez chorego, względnie przygotowane na jego przyjęcie. Do liczby łóżek zalicza się łóżka i inkubatory pełniące funkcję łóżeczek dla noworodków. Do liczby łóżek w szpitalu nie wlicza się łóżek (leżanek) wchodzących w skład wyposażenia stanowiska diagnostycznego, porodowego, dializacyjnego itp. oraz łóżek pomocniczych, na których pacjent przebywa chwilowo, np. wybudzeniowych. Do liczby łóżek w oddziale należy doliczać liczbę inkubatorów pełniących funkcję łóżeczek dla noworodków.

**Dział 1. Charakterystyka zakładu**

|  |
| --- |
| **1. Kategoria jednostki (wybrać właściwe)** |
|  1. | Szpital kliniczny  |
| 2. | Szpital instytutu naukowo-badawczego |
| 3. | Inny szpital ogólny (niewymieniony powyżej) |
| 4. | Szpital specjalistyczny  |
| 5. | Filia szpitala |
| 6. | Szpital w likwidacji |
| 7.  | Przynależność szpitala do sieci szpitali: | I stopnia |
| II stopnia  |
| III stopnia  |
| onkologiczno- pulmonologicznych |
| pediatrycznych |
| ogólnopolskich |

|  |
| --- |
| **2. Czy szpital posiada certyfikat:** |
| akredytacji? | tak |
| nie |
| jakości ISO? | tak |
| nie |

**Dział 2. Personel pracujący (łącznie z rezydentami, bez stażystów).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Udzielający świadczeń ogółem (w osobach)** | **w tym:** |
| **Umowa o pracę7)** | **Umowa cywilnoprawna8)** |
| **ogółem (w osobach)** | **w tym pełno-zatrudnieni** | **ogółem (w osobach)** | **w tym w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat** |
| **stan w dniu 31.12. roku, za który składane jest sprawozdanie** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lekarze1) | 01 |  |  |  |  |  |
| w tym specjaliści, z tego o specjalności: | 02 |  |  |  |  |  |
| - anestezjologia | 03 |  |  |  |  |  |
| - chirurgia2) | 04 |  |  |  |  |  |
| - położnictwo i ginekologia | 05 |  |  |  |  |  |
| - inne specjalności zabiegowe3) | 06 |  |  |  |  |  |
| - choroby zakaźne | 07 |  |  |  |  |  |
| - psychiatria | 08 |  |  |  |  |  |
| z wiersza 08 psychiatrzy I stopnia | 09 |  |  |  |  |  |
| Lekarze dentyści | 10 |  |  |  |  |  |
| Psycholodzy | 11 |  |  |  |  |  |
| Specjaliści terapii uzależnień | 12 |  |  |  |  |  |
| Pielęgniarki  | 13 |  |  |  |  |  |
| w tym z wyższym wykształceniem medycznym | 14 |  |  |  |  |  |
| z wiersza 14 mgr pielęgniarstwa | 15 |  |  |  |  |  |
| z wiersza 13 ze specjalizacją | 16 |  |  |  |  |  |
| Położne  | 17 |  |  |  |  |  |
| w tym z wyższym wykształceniem medycznym | 18 |  |  |  |  |  |
| z wiersza 18 mgr położnictwa | 19 |  |  |  |  |  |
| z wiersza 17 ze specjalizacją | 20 |  |  |  |  |  |
| Mgr farmacji | 21 |  |  |  |  |  |
| w tym w aptece szpitalnej | 22 |  |  |  |  |  |
| Diagności laboratoryjni | 23 |  |  |  |  |  |
| Logopedzi | 24 |  |  |  |  |  |
| Dietetycy | 25 |  |  |  |  |  |
| w tym z wyższym wykształceniem4) | 26 |  |  |  |  |  |
| Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem 5) | 27 |  |  |  |  |  |
| w tym mgr fizjoterapii lub kierunku równoważnego6) | 28 |  |  |  |  |  |
| Technicy elektroradiologii | 29 |  |  |  |  |  |
| Instruktorzy terapii zajęciowej | 30 |  |  |  |  |  |
| Terapeuci zajęciowi | 31 |  |  |  |  |  |
| Instruktorzy terapii uzależnień | 32 |  |  |  |  |  |
| Pracownicy socjalni | 33 |  |  |  |  |  |
| Psychoterapeuci z certyfikatem (niezależnie od wykazania ich w innych ww. kategoriach) | 34 |  |  |  |  |  |
| Inni terapeuci | 35 |  |  |  |  |  |

1) Jeden lekarz może być wykazany tylko w jednej specjalności i w jednej formie zatrudnienia.

2) Proszę wykazać wszystkich lekarzy posiadających specjalizacje z zakresu chirurgii (chirurgii ogólnej, dziecięcej, klatki piersiowej, onkologicznej, plastycznej, szczękowo-twarzowej, kardiochirurgii, neurochirurgii, ortopedii i traumatologii, itp.).

3) Proszę wykazać lekarzy o specjalnościach: otolaryngologia, okulistyka, urologia.

4) Dietetycy z wykształceniem wyższym oraz magistrowie na kierunku: technologia żywności i żywienia oraz żywienie człowieka.

5) Fizjoterapeuci z wykształceniem wyższym zgodnie z art.4 ust.4 pkt.1-3 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U.2023 poz.1213).

6) Kierunki równoważne dotyczą osoby, która rozpoczęła studia przed dniem 1 stycznia 1998 r. na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku albo rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej albo rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej, potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu.

7) Zatrudnieni – na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę (zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U 2023 poz.1465)).

8) W tym umowy zlecenia.

**Dział 3. Łóżka specjalistyczne w szpitalu ogółem (stan w dniu 31.12.)**

W wierszu 1 proszę podać liczbę łóżek intensywnej opieki medycznej, jakie znajdują się w szpitalu, bez względu na to, w jakim oddziale się znajdują.

W wierszu 3 proszę podać liczbę łóżek intensywnej terapii, jakie znajdują się w szpitalu, bez względu na to, w jakim oddziale się znajdują.

W wierszu 8 proszę podać liczbę inkubatorów, jakie zainstalowane są w szpitalu, bez względu na to, w jakim oddziale się znajdują.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej (intensywnego nadzoru) ogółem w szpitalu | 1 |  |
| w tym dla dzieci | 2 |  |
| Liczba stanowisk intensywnej terapii w szpitalu | 3 |  |
| w tym: | intensywnego nadzoru kardiologicznego | 4 |  |
| intensywnej opieki oparzeń | 5 |  |
| intensywnej opieki toksykologicznej | 6 |  |
| intensywnej opieki medycznej dla dzieci | 7 |  |
| Liczba inkubatorów ogółem w szpitalu | 8 |  |
| w tym oddziale neonatologicznym | 9 |  |

**Dział 4. Oddział ratunkowy/izba przyjęć**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba odmów przyjęcia do szpitala1)ogółem (w ciągu roku) | 1 |  |
| w tym z powodu braku miejsc | 2 |  |
| z wiersza 2 przewiezieni do innego szpitala | 3 |  |
| Osoby zakwalifikowane do planowanego przyjęcia (w ciągu roku) | 4 |  |
| Porady ambulatoryjne udzielone pacjentom nie przyjętym do szpitala (ambulatoryjnie)2) | 5 |  |

1) Liczba odmów przyjęcia do szpitala powinna być zgodna z zapisami w Księdze Odmów prowadzonej w szpitalu. Proszę wykazać pacjentów zgłaszających się do szpitala ze skierowaniem, o czym informacja została zapisana w kolumnie 5 Księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych, oraz w rubryce 11 wskazano powód odmowy.

2) Proszę wykazać wszystkie porady (z zakresu POZ i specjalistyczne), których udzielono w izbie przyjęć/SOR w roku sprawozdawczym i nie wykazano w sprawozdaniu MSWiA-32.

**Dział 5. Sale operacyjne - działalność**

Proszę wykazać wszystkie sale operacyjne oraz zabiegi wykonane w szpitalu w trybie stacjonarnym i dziennym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba sal operacyjnych | 1 |  |
| Liczba stołów operacyjnych | 2 |  |
| Liczba wykonanych zabiegów operacyjnych ogółem, w tym: | 3 |  |
| - w znieczuleniu ogólnym | 4 |  |
| - w znieczuleniu regionalnym | 5 |  |
| - w znieczuleniu miejscowym | 6 |  |

**Dział 6. Stanowiska dializacyjne i wykonane dializy**

Proszę wykazać wyłącznie hemodializy wykonane w szpitalu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba stanowisk dializacyjnych | 1 |  |
| Liczba wykonanych dializ | 2 |  |
| w tym u dzieci do 18 lat | 3 |  |
| Liczba osób dializowanych | 4 |  |
| w tym dzieci do 18 lat | 5 |  |

**Dział 7. Ruch chorych**

Proszę wykazać każdego pacjenta jeden raz w trakcie pobytu w szpitalu bez względu na to, czy pacjent podczas tego pobytu leczony był w jednym lub kilku oddziałach.

**a) Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Leczeni w trybie stacjonarnym** |
| **ogółem** | **w tym dzieci w wieku do 18 lat** |
| 0 | 1 | 2 |
| Liczba pacjentów w dniu 31.12. roku poprzedniego | 1 |  |  |
| Liczba pacjentów przyjętych w ciągu roku | 2 |  |  |
| Liczba pacjentów w dniu 31.12. roku sprawozdawczego (pozostających na następny rok)1) | 3 |  |  |
| Leczeni w ciągu okresu sprawozdawczego2) | 4 |  |  |
| w tym z powodu zakażeń szpitalnych | 5 |  |  |

1) Liczba chorych w dniu 31 grudnia roku sprawozdawczego jest równa liczbie chorych w dniu 1 stycznia następnego roku sprawozdawczego.

2) Suma leczonych w dniu 31 grudnia roku poprzedniego i liczby przyjętych w ciągu roku sprawozdawczego.

**b) Zmarli (bez noworodków, których zgon wykazano w dziale 10)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **ogółem** | **w tym dzieci w wieku do 18 lat** |
| 0 | 1 | 2 |
| Zmarli, w tym: | 1 |  |  |
| - zmarli z powodu zakażeń szpitalnych | 2 |  |  |
| - zgony kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu (bez względu na przyczynę) | 3 |  |  |

**Dział 8. Działalność oddziałów z ruchem międzyoddziałowym**

Proszę wykazać wszystkie oddziały zgodnie z zapisami w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, w tym oddział neonatologiczny.

Kolumnę 8 należy wypełnić tylko w przypadku posiadania odcinków dziecięcych na oddziałach dla **dorosłych**.

Szpitalny oddział ratunkowy (kod 4902) - jeśli pobyt pacjenta wynosił nie więcej niż 24 godziny, pobyt pacjenta powinien być wykazany jako leczenie w trybie dziennym, jeśli pobyt wynosił ponad 24 godziny, jako leczenie stacjonarne.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa oddziału1)** | **Kod resor-towy2)** | **Liczba oddziałów** | **Zatrudnienie w osobach w dniu 31.12.3)** | **Działalność dzienna (leczeni w trybie jednego dnia)** | **Działalność stacjonarna** |
| **lekarze** | **pielęg-niarki** | **liczba miejsc dziennego pobytu (stan w dniu 31.12.)** | **leczeni w trybie dziennym4)** | **łóżka (stan w dniu 31.12.)** | **średnia liczba łóżek6)** | **leczeni w trybie stacjonarnym (przebywający co najmniej 1 dobę)** | **osobodni leczonych stacjo-narnie (przeby-wający co najmniej 1 dobę)** |
| **ogółem** | **w tym łóżka dla dzieci do lat 18 w oddzia-łach dla dorosłych** | **z kol. 7 udostęp-nione klinikom (tzw. kliniki na bazie obcej) 5)** | **ogółem** | **w tym dzieci w wieku do 18 lat** | **z kol. 11 pełno-płatni** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1) Proszę wpisać nazwę oddziału na podstawie regulaminu organizacyjnego SP ZOZ MSWiA.

2) Proszę wpisać VIII część kodu resortowego zgodnie z kodami resortowymi oddziałów zarejestrowanych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i działających w danym roku sprawozdawczym w strukturze jednostki sprawozdającej.

3) Pracujący bez względu na rodzaj umowy, na podstawie której wykonywana jest praca.

4) Pacjenci, których czas pobytu na oddziale nie przekracza 24 godzin. W przypadku wielokrotnego pobytu pacjenta proszę go liczyć tylko jeden raz w okresie sprawozdawczym.

5) Liczba łóżek, jaką szpital udostępnia klinikom medycznym, w tym klinikom Uniwersytetu Medycznego, w ramach umowy o współpracę.

6) Średnią liczbę łóżek oblicza się, dodając liczby łóżek rzeczywistych według stanu na koniec poszczególnych miesięcy w okresie sprawozdawczym i dzieląc otrzymaną sumę przez liczbę miesięcy w danym okresie (w roku przez 12).

**Dział 9. Zakłady i pracownie diagnostyczne**

Proszę wykazać sprzęt będący własnością zakładu leczniczego (jednostki) wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne oraz wszystkie wykonane na nim badania (zarówno pacjentom hospitalizowanym, jak i ambulatoryjnym). Proszę nie wykazywać tych samych danych w sprawozdaniu MSWiA-32.

1. **Działalność pracowni diagnostycznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba urządzeń** | **Liczba badań** |
| 0 | 1 | 2 |
| Medycyna nuklearna |
| Gammakamera | 1 |  |  |
| PET-CT | 2 |  |  |
| PET-MR | 3 |  |  |
| Diagnostyka obrazowa |
| Scyntygraf | 4 |  |  |
| Tomograf komputerowy | 5 |  |  |
| Rezonans magnetyczny | 6 |  |  |
| Mammograf | 7 |  |  |
| Aparat USG do oceny przepływów mózgowych | 8 |  |  |
| Stacjonarny aparat RTG | 9 |  |  |
| Pracownie badań czynnościowych |
| Echokardiograf | 10 |  |  |
| Elektroencefalograf | 11 |  |  |
| Elektromiograf | 12 |  |  |

1. **Sprzęt zabiegowy i zabiegowo-diagnostyczny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba urządzeń** | **Liczba wykonanych badań/zabiegów**  |
| 0 | 1 | 2 |
| Aparaty operacyjne i śródoperacyjne |
| Mobilny tomograf komputerowy | 1 |  |  |
| Mobilny akcelerator liniowy – śródoperacyjna radioterapia | 2 |  |  |
| Aparat rentgenowski do radioterapii śródoperacyjnej | 3 |  |  |
| Litotrypter |
| Litotrypter | 4 |  |  |
| Aparaty hemodynamiczne |
| Jednopłaszczyznowy angiograf cyfrowy | 5 |  |  |
| Dwupłaszczyznowy angiograf cyfrowy | 6 |  |  |
| Radioterapia |
| Akcelerator /przyśpieszacz/ liniowy | 7 |  |  |
| Aparat do brachyterapii /bezpośredniej/ | 8 |  |  |
| Aparat kobaltowy GAMMAKNIFE | 9 |  |  |
| Medyczny akcelerator CYBERKNIFE | 10 |  |  |

1. **Pozostały sprzęt medyczny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba urządzeń** | **Liczba wykonanych badań** |
| 0 | 1 | 2 |
| Urządzenie angiograficzne, zestaw do badan naczyniowych | 1 |  |  |
| Aparat RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową | 2 |  |  |
| Aparat RTG z torem wizyjnym | 3 |  |  |

1. **Pozostałe pracownie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba wykonanych badań** |
| 0 | 1 |
| Diagnostyki laboratoryjnej | 1 |  |
| Bakteriologii | 2 |  |
| Wirusologii | 3 |  |
| Histopatologii | 4 |  |
| Ultrasonografii | 5 |  |
| Rentgenodiagnostyki | 6 |  |
| Diagnostyki izotopowej | 7 |  |

1. **Inny sprzęt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba urządzeń** | **Liczba \*** |
| 0 | 1 | 2 |
| Respirator1) | 1 |  |  |
| Urządzenie do pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO)2) | 2 |  |  |
| Urządzenie do bezpiecznego transportu chorych w warunkach pełnej izolacji oddechowej3) | ogółem | 3 |  |  |
| w tym jednokrotnego wykorzystania | 4 |  |  |
| w tym wielokrotnego wykorzystania | 5 |  |  |

**\*** 1) Liczba pacjentów poddanych terapii przy użyciu respiratora w ciągu roku.

2) Liczba pacjentów poddanych terapii przy użyciu ECLS/ECMO w ciągu roku.

3) Liczba przetransportowanych pacjentów w ciągu roku.

**Dział 10. Dodatkowe informacje o działalności oddziału położniczo-ginekologicznego**

Proszę wykazać liczbę przerwań ciąży wykonanych w szpitalu i w poradni przyszpitalnej.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Razem** | **w tym u kobiet w wieku** |
| **poniżej****18** | **18-20** | **21-24** | **25-29** | **30-34** | **35 i więcej** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Dokonano przerwań ciąży ogółem | 01 |  |  |  |  |  |  |  |
| Z tego | z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki | 02 |  |  |  |  |  |  |  |
| z powodu czynu zabronionego | 03 |  |  |  |  |  |  |  |

**b)**

Proszę wykazać tylko noworodki urodzone w jednostce sprawozdawczej. Noworodki urodzone poza szpitalem lub w innym szpitalu, a następnie przyjęte do szpitala składającego sprawozdanie, nie powinny być wykazywane w tym dziale.

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Ogółem** |
| 0 | 1 |
| Liczba stanowisk porodowych | 01 |  |
| w tym do porodów rodzinnych | 02 |  |
| Przyjęto porodów ogółem1) | 03 |  |
| w tym | fizjologicznych | 04 |  |
| cięć cesarskich | 05 |  |
| innych (np. kleszczowe, próżnociąg) | 06 |  |
| Noworodki | żywo urodzone o masie urodzeniowej | do 499 gramów | 07 |  |
| 500-999 gramów | 08 |  |
| 1000-1499 gramów | 09 |  |
| 1500-1999 gramów | 10 |  |
| 2000-2499 gramów | 11 |  |
| 2500-3999 gramów | 12 |  |
| 4000 gramów i więcej | 13 |  |
| martwo urodzone o masie urodzeniowej | do 499 gramów | 14 |  |
| 500-999 gramów | 15 |  |
| 1000-1499 gramów | 16 |  |
| 1500-1999 gramów | 17 |  |
| 2000-2499 gramów | 18 |  |
| 2500-3999 gramów | 19 |  |
| 4000 gramów i więcej | 20 |  |
| Zmarło noworodków (żywo urodzonych) o masie urodzeniowej do 6. doby życia włącznie | do 499 gramów | 21 |  |
| 500-999 gramów | 22 |  |
| 1000-1499 gramów | 23 |  |
| 1500-1999 gramów | 24 |  |
| 2000-2499 gramów | 25 |  |
| 2500-3999 gramów | 26 |  |
| 4000 gramów i więcej | 27 |  |
| Liczba poronień samoistnych | 28 |  |
| Liczba powikłań po przebytych poronieniach z uszkodzeniem narządów płciowych | 29 |  |
| Czy jest w szpitalu wydzielona sala operacyjna do cesarskich cięć? | 30 | tak/nie |
| Liczba zabiegów położniczych wymagających znieczulenia ogólnego bez cesarskich cięć  | 31 |  |
| Noworodki pozostawione w szpitalu nie ze względów zdrowotnych | 32 |  |

1) Proszę wykazać liczbę porodów, które zostały ukończone w szpitalu, przy czym poród bliźniaczy, trojaczy, itp. uważa się za jeden poród. Za poród ukończony proszę rozumieć taki poród, przy którym odebrano noworodka żywo lub martwo urodzonego. Do liczby noworodków proszę nie doliczać przypadków, w których noworodka odebrano poza szpitalem, a pacjentkę przywieziono w celu odbycia trzeciego okresu porodu (wyjęcie łożyska, itp.). Takie przypadki proszę traktować jako komplikacje porodowe, a nie porody.

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