|  |  |
| --- | --- |
| **MINISTERSTWO ZDROWIA** | NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO - PZH 00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24 |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: | **MZ-55****OKRESOWY, DZIENNY 1)****Meldunek****o zachorowaniach i podejrzeniach****zachorowań na grypę****za okres, dzień 1)****od** .................**do** ............................ **r.** | Adresat:...........................................................Stacja Sanitarno-Epidemiologicznaw ........................................................ |
| Numer identyfikacyjny – regon: | **Przekazać w terminach składania****sprawozdań zgodnie z Pbssp 2019** |

|  |
| --- |
| **Liczba zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę wg wieku chorych 2)** |
| Wiek(ukończone lata) | Liczba zachorowań oraz podejrzeń | Powody skierowania do szpitala - liczba osób 3) |
| Ogółem | w tym osobyskierowanedo szpitala | objawy zestrony układukrążenia | objawy zestrony układuoddechowego | inneprzyczyny |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 - 4 | 1 |  |  |  |  |  |
| 5 - 14 | 2 |  |  |  |  |  |
| 15 - 64 | 3 |  |  |  |  |  |
| 65 i więcej | 4 |  |  |  |  |  |
| Razem | 5 |  |  |  |  |  |
| Jeżeli powodem skierowania do szpitala były „inne przyczyny” (rubryka 5), podać jakie: ........................................ ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **Obciążenia administracyjne związane z meldunkiem 4)** |
| Szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych | 1 |  |
| Szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza | 2 |  |

**Uwagi przekazującego dane:** ......................................................................................................................................................... ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| Objaśnienia |
| **W "Meldunku"** - zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby nadzoru nad chorobami zakaźnymi w krajach Unii Europejskiej (por. Dz.U. UE, L 170 z 6.7.2018) - **wykazuje się** grypę (rozpoznaną klinicznie i/lub laboratoryjnie) oraz wszystkie rozpoznane klinicznie zachorowania grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych spełniające podane niżej kryteria.**Zachorowania grypopodobne**Nagłe wystąpienie objawów**oraz** co najmniej jeden z następujących czterech objawów ogólnych:* - gorączka lub stan podgorączkowy,
* - złe samopoczucie,
* - bóle głowy,
* - bóle mięśniowe;

**oraz** co najmniej jeden z następujących trzech objawów oddechowych:* - kaszel,
* - ból gardła,
* - duszność.

Ostre zakażenia dróg oddechowychNagłe wystąpienie objawów**oraz** co najmniej jeden z następujących czterech objawów oddechowych:* - kaszel,
* - ból gardła,
* - duszność,
* - nieżyt śluzowy nosa;

**oraz**, potwierdzenie przez klinicystę, że choroba jest wynikiem zakażenia.  | Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych1. sporządzają meldunki:
* okresowe - cztery razy w miesiącu, za okresy sprawozdawcze 1-7, 8-15, 16-22, 23-ostatni dzień miesiąca,
* dzienne - w okresie wzrostu liczby zachorowań,
1. przekazują meldunki w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego po zakończeniu przyjęć lub pierwszego dnia po okresie sprawozdawczym do godz. 800,
2. nie przekazują meldunków negatywnych o braku zachorowań,
3. meldunki na formularzu wysyłają jako potwierdzenie meldunków przekazywanych telefonicznie lub w inny sposób.
 |
| Niepotrzebne skreślić.Wypełnić wszystkie pola tablicy.Jedna osoba może być wykazana w kilku rubrykach (3-5).Wypełniać wyłącznie w pierwszych meldunkach przesyłanych w danym miesiącu. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wyjaśnienia dotyczące sprawozdaniamożna uzyskać pod numerem telefonu:...................................................................... | ......................................................................(miejscowość i data) | Pieczątka imienna i podpis osobydziałającej w imieniu sprawozdawcy\*:...................................................................... |

\* Wymóg opatrzenia pieczęcią dotyczy wyłącznie sprawozdania wnoszonego w postaci papierowej