|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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-Epidemiologiczna  w ........................................................ |
| 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 osoby  skierowane  do szpitala | objawy ze  strony układu  krążenia | objawy ze  strony układu  oddechowego | inne  przyczyny |
| 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 oddechowych Nagłe 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 zdrowotnych  1. 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 sprawozdania  można uzyskać pod numerem telefonu:  ...................................................................... | ......................................................................  (miejscowość i data) | Pieczątka imienna i podpis osoby  działającej w imieniu sprawozdawcy\*:  ...................................................................... |

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