|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**  DEPARTAMENT ZDROWIA | | |
| **MSWiA-34**  **Sprawozdanie o zarejestrowanych w poradni kardiologicznej** | | |
| **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 kody resortowego wpisać symbol 99.

Sprawozdanie MSWiA-34 wypełniają SP ZOZ MSWiA, które prowadzą poradnię kardiologiczną.

**Dział 1.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | | | **Zarejestrowani ogółem1)** |
| 0 | | | | 1 |
| Ogółem (suma wierszy 2-5, 8, 10-12) | | | 01 |  |
| Ostra choroba reumatyczna | | I00-I02 | 02 |  |
| Przewlekła choroba reumatyczna serca | | I05-I09 | 03 |  |
| Nadciśnienie tętnicze | | I10-I15 | 04 |  |
| Choroba niedokrwienna serca | | I20-I25 | 05 |  |
| w tym: | ostry zawał mięśnia sercowego | I21 | 06 |  |
| przebyty zawał serca | I25.2 | 07 |  |
| Inne choroby serca | | I30-I52 | 08 |  |
| w tym zaburzenia rytmu serca | | I47-I49 | 09 |  |
| Choroby naczyń mózgowych | | I60-I69 | 10 |  |
| Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych | | I70-I79 | 11 |  |
| Pozostałe niewymienione choroby układu krążenia | | I26-I28  I80-I99 | 12 |  |

1)  Proszę wpisać wszystkich leczonych na choroby układu krążenia sklasyfikowane wg X Rewizji MSKCh i PZ wg głównego rozpoznania, pozostających pod opieką poradni.

**Dział 2.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba osób skierowanych w okresie sprawozdawczym na leczenie** | |
| do szpitali: |  |
| do sanatoriów: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 osoby  działającej w imieniu sprawozdawcy) |