

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA		
Nazwa i adres podmiotu leczniczego	<b>MZ-06</b>  <b>Sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach</b>	Nazwa i adres zakładu podmiotu leczniczego
Numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego		REGON zakładu podmiotu leczniczego (14-znakowy)
REGON podmiotu leczniczego (9-znakowy)	<b>Przekazać za pomocą portalu <a href="https://ssoz.ezdrowie.gov.pl">https://ssoz.ezdrowie.gov.pl</a> w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2016 (z danymi za rok szkolny 2016/2017)</b>	TERYT zakładu podmiotu leczniczego
TERYT podmiotu leczniczego		Rodzaj działalności leczniczej (część VI sytemu resortowych kodów identyfikacyjnych)

**Wypełniać tylko w przypadku sporządzania sprawozdania oddzielnie dla każdej jednostki organizacyjnej**

Nazwa jednostki organizacyjnej	Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	TERYT jednostki organizacyjnej
--------------------------------	---	--------------------------------

**Uwaga! Sprawozdanie należy przekazać w postaci elektronicznej, wypełniając je po zalogowaniu się na stronie <https://ssoz.ezdrowie.gov.pl>**

W uzasadnionych przypadkach podmioty zatrudniające mniej niż 5 osób mogą przesłać sprawozdanie w postaci papierowej do komórki właściwej w sprawach statystyki medycznej wskazanej przez wojewodę.

### **Dział 1. Dane ogólne.**

REGON szkoły	TERYT
Nazwa i adres szkoły	

*Odpowiednie zaznaczyć*

#### **Rodzaj szkoły**

1 podstawowa	<b>609</b>
2 gimnazjum	<b>356</b>
3 liceum	<b>117</b>
4 technikum w tym 4 letnie szkoły zawodowe	<b>112</b>
5 zasadnicza szkoła zawodowa	<b>77</b>
6 szkoła specjalna	<b>44</b>

#### **Miejsce położenia**

1 miasto	<b>684</b>
2 wieś	<b>631</b>
<b>Szkoła</b>	
1 publiczna	<b>1183</b>
2 niepubliczna	<b>132</b>

#### **Miejsce realizacji świadczeń (zaznaczyć jedno pole)**

Gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkole	<b>547</b>
Gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w budynku należący do innej szkoły (w zespole szkół)	<b>288</b>
Gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej poza szkołą	<b>156</b>
Inne pomieszczenie niż gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej	<b>324</b>

### **Dział 2. Sposób zapewnienia opieki**

Liczba uczniów ogółem	1	<b>256 624</b>
w tym niepełnosprawnych	2	<b>10 259</b>
Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarke/ek <sup>1</sup>	3	
Liczba godzin pracy pielęgniarke/ek w szkole (w tygodniu)	4	<b>11 397</b>
Nr. dyplomu higienistki szkolnej/ek	5	
Liczba godzin pracy higienistki/ek w szkole (w tygodniu)	6	<b>1 053</b>

<sup>1</sup> Podać nr. wykonywania zawodu pielęgniarke opiekujących się uczniami w dniu zakończenia roku szkolnego.

**Dział 3. Zakres opieki realizowanej w szkole**

Wyszczególnienie		Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba porad
0		1	2	3
Liczba uczniów objętych profilaktyką fluorkową metodą nadzorowanego szczotkowania zębów	1	637	120 256	
Liczba uczniów objętych edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej	2	739	135 575	
Udział pielęgniarki w realizacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej /liczba uczniów objętych programem	3	1 127	195 546	
Liczba udzielonych porad w ramach opieki czynnej	4		49 302	102 510
Liczba uczniów u których wykonywano zabiegi i procedury lecznicze w trakcie pobytu w szkole	5	259	1 935	
Liczba udzielonych porad w przypadkach nagłych zachorowań	6		93 343	213 662
Liczba udzielonych porad w związku z diagnozowaniem zjawiska przemocy (w tym przemocy rówieśniczej)	7		328	1 093

**Dział 4. Wykonanie testów przesiewowych**

Liczba uczniów podlegających testom przesiewowym	Liczba wykonanych testów przesiewowych	
	na terenie szkoły	poza szkołą
1	2	3
115 023	107 187	6 915

**Dział 5. Profilaktyczne badanie lekarskie**

Klasa		Liczba uczniów podlegających badaniu	Liczba zbadanych uczniów <sup>1/</sup>
0		1	2
Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne	1	10 326	9 745
Klasa III szkoły podstawowej	2	26 349	24 839
Klasa I gimnazjum	3	19 448	17 949
Klasa I szkoły ponadgimnazjalnej	4	19 427	16 872
Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej	5	17 877	16 099

<sup>1/</sup> na podstawie zwróconych kart badania profilaktycznego wypełnionych przez lekarza poz.

**Obciążenie respondentów**

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb wypełnienia formularza	1	
Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza	2	

Imię, nazwisko i telefon osoby,  
która sporządziła sprawozdanie  
.....

Bydgoszcz, 7 listopad 2017 rok  
.....  
(miejscowość i data)

.....  
Imię i nazwisko osoby działającej w  
imieniu sprawozdawcy