

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA		
Nazwa i adres podmiotu leczniczego	MZ-06  Sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach	Nazwa i adres zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
<b>Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które przekazały sprawozdania MZ-06: 250</b>		REGON zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
Numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego	<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 2017 (z danymi za rok 2017/2018)</b>	TERYT zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
REGON podmiotu leczniczego (9-znakowy)		Rodzaj działalności leczniczej (część VI systemu resortowych kodów)
TERYT podmiotu leczniczego		

**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>**

### Dział 1. Dane ogólne.

REGON szkoły	TERYT
Nazwa i adres szkoły	

*Odpowiednie zaznaczyć*

#### Rodzaj szkoły

1 podstawowa	<b>647</b>
2 gimnazjum	<b>348</b>
3 liceum	<b>109</b>
4 technikum w tym 4 letnie szkoły zawodowe	<b>113</b>
5 zasadnicza szkoła zawodowa	<b>79</b>
6 szkoła specjalna	<b>44</b>

#### Miejsce położenia

1 miasto	<b>703</b>
2 wieś	<b>637</b>
<b>Szkoła</b>	
1 publiczna	<b>1 213</b>
2 niepubliczna	<b>127</b>

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

Gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkole	<b>565</b>
Gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w budynku należący do innej szkoły (w zespole szkół)	<b>355</b>
Gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej poza szkołą	<b>145</b>
Inne pomieszczenie niż gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej	<b>275</b>

### Dział 2. Sposób zapewnienia opieki

Liczba uczniów ogółem	01	<b>253 950</b>
w tym niepełnosprawnych	02	<b>10 265</b>
Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/ek <sup>1</sup>	03	
Liczba godzin pracy pielęgniarki/ek w szkole (w tygodniu)	04	<b>11 435</b>
Nr. dyplomu higienistki szkolnej/ek	05	
Liczba godzin pracy higienistki/ek w szkole (w tygodniu)	06	<b>1 144</b>

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

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

Wyszczególnienie		Liczba uczniów	Liczba porad
0		1	2
Liczba uczniów objętych profilaktyką fluorkową metodą nadzorowanego szczotkowania zębów	01	<b>119 528</b>	
Liczba uczniów objętych edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej	02	<b>137 914</b>	
Udział pielęgniarki w realizacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej /liczba uczniów objętych programem	03	<b>191 041</b>	
Liczba udzielonych porad w ramach opieki czynnej	04	<b>49 904</b>	<b>105 024</b>
Liczba uczniów u których wykonywano zabiegi i procedury lecznicze w trakcie pobytu w szkole	05	<b>1 673</b>	
Liczba udzielonych porad w przypadkach nagłych	06	<b>90 011</b>	<b>205 336</b>
Liczba udzielonych porad w związku z diagnozowaniem zjawiska przemocy (w tym przemocy rówieśniczej)	07	<b>406</b>	<b>1 081</b>

**Dział 4. Wykonanie testów przesiewowych**

Liczba uczniów podlegających testom przesiewowym	Liczba uczniów, u których wykonano testy przesiewowe	
	na terenie szkoły	poza szkołą
1	2	3
<b>116 424</b>	<b>108 211</b>	<b>7 244</b>

**Dział 5. Profilaktyczne badanie lekarskie**

Klasa		Liczba uczniów podlegających badaniu	Liczba zbadanych uczniów <sup>1</sup>
0		1	2
Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne	01	<b>13 211</b>	<b>12 385</b>
Klasa III szkoły podstawowej	02	<b>26 804</b>	<b>24 947</b>
Klasa VII szkoły podstawowej	03	<b>19 246</b>	<b>17 044</b>
Klasa I szkoły ponadgimnazjalnej	04	<b>18 738</b>	<b>16 319</b>
Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej	05	<b>16 696</b>	<b>15 023</b>

<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  
.....

.....  
(miejscowość i data)

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