

# MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI

DEPARTAMENT ZDROWIA

**MSWiA-36a**

**Sprawozdanie z działalności zespołu/oddziału leczenia środowiskowego/domowego**

**za rok 2018**

Termin przekazania: 11 luty 2019 r.

|   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| Nazwa i adres samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej MSWiA | Nazwa i adres zakładu leczniczego | Nazwa jednostki organizacyjnej                                 |
| Numer książki 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 2016 r. poz. 1068, z późn. zm.) oraz wydawanego corocznie na podstawie art. 18 ww. ustawy rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej.

W przypadku, gdy sprawozdanie wypełniane jest zbiorczo dla całego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w części V kody resortowego wpisać symbol 99.

## Dział 1. Informacje ogólne o działalności

Proszę wybrać prawidłową odpowiedź.

| Zakład usytuowany przy:      |   |     |     |
|------------------------------|---|-----|-----|
| szpitalu psychiatrycznym     | 1 | tak | nie |
| poradni zdrowia psychicznego | 2 | tak | nie |
| inne                         | 3 | tak | nie |

## Dział 2. Personel działalności podstawowej (w osobach, stan w dniu 31.12.)

| Wyszczególnienie   | Udzielający świadczeń ogółem <sup>1)</sup> | Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy <sup>2)</sup> |                        | Pracujący na podstawie umowy cywilnoprawnej |   |
|--|--|---|------------------------|---|---|
|  |  | ogółem  | w tym pełnozatrudnieni | ogółem                                      | w tym w wymiarze nie mniejszym niż 35 godzin tygodniowo |
| 0  | 1  | 2   | 3                      | 4   | 5   |
| Lekarze ogółem   | 01   |   |                        |   |   |
| w tym: psychiatry I st.  | 02   |   |                        |   |   |
| psychiatry II st. i specjaliści psychiatry   | 03   |   |                        |   |   |
| Pielegniarki ogółem  | 04   |   |                        |   |   |
| w tym: ze specjalizacją z psychiatrii  | 05   |   |                        |   |   |
| po kursie kwalifikacyjnym z psychiatrii  | 06   |   |                        |   |   |
| Psycholodzy  | 07   |   |                        |   |   |
| Specjaliści terapii uzależnień   | 08   |   |                        |   |   |
| Instruktorzy terapii uzależnień  | 09   |   |                        |   |   |
| Terapeuci zajęciowi  | 10   |   |                        |   |   |
| Pracownicy socjalni  | 11   |   |                        |   |   |
| Inni terapeuci (jacy?) .....   | 12   |   |                        |   |   |
| Psychoterapeuci z certyfikatem (niezależnie od wykazania ich w innych ww. kategoriach) | 13   |   |                        |   |   |

<sup>1)</sup> Bez względu na rodzaj umowy, na podstawie której wykonywana jest praca (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna) i wymiar czasu pracy.

<sup>2)</sup> Zatrudnieni – na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę (zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.)).



**Dział 4. Działalność zespołu**

| Wyszczególnienie    |   | Liczba wizyt w środowisku chorego (dom, praca, szkoła, itp.) | Liczba wizyt w zespole | Liczba wizyt ogółem (kol. 1 + kol. 2) |
|---------------------|---|--|------------------------|---------------------------------------|
| 0                   |   | 1  | 2                      | 3                                     |
| Lekarze             | 1 |  |                        |                                       |
| Pielęgniarki        | 2 |  |                        |                                       |
| Psycholodzy         | 3 |  |                        |                                       |
| Inni terapeuci      | 4 |  |                        |                                       |
| Pracownicy socjalni | 5 |  |                        |                                       |

**Dział 5. Okres sprawowania opieki nad pacjentem w ciągu roku<sup>1)</sup>**

| Okres opieki nad pacjentem               |   | Liczba pacjentów |
|--|---|------------------|
| 0  |   | 1                |
| Ogólna liczba pacjentów, w tym leczenia: | 1 |                  |
| nie dłużej niż 1 miesiąc                 | 2 |                  |
| od 1 do 3 miesięcy                       | 3 |                  |
| od 3 do 6 miesięcy                       | 4 |                  |
| powyżej 6 miesięcy                       | 5 |                  |

<sup>1)</sup> Dotyczy wszystkich pacjentów z kol. 1 działu 3.

|   |   |  |
|---|---|--|
| 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)