

<b>MINISTERSTWO ZDROWIA</b> CENTRUM e- ZDROWIA		
Nazwa i adres podmiotu leczniczego	<b>MZ-06</b> <b>Sprawozdanie</b> <b>z realizacji opieki zdrowotnej nad</b> <b>uczniami w szkołach</b>	Nazwa i adres zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
Numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego		REGON zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
REGON podmiotu leczniczego (9-znakowy)	<b>Przekazać za pomocą portalu</b> <b><a href="https://ssoz.ezdrowie.gov.pl">https://ssoz.ezdrowie.gov.pl</a></b> <b>w terminie składania sprawozdań zgodnie z</b> <b>PBSSP 2021</b> (z danymi za rok szkolny 2021/2022)	TERYT zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
TERYT podmiotu leczniczego		Rodzaj działalności leczniczej (część VI sytemu resortowych)

*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	635
2 liceum	107
3 technikum i branżowa II stopnia	107
4 branżowa I stopnia	81
5 szkoła specjalna	42

#### Miejsce położenia

1 miasto	523
2 wieś	449
<b>Szkoła</b>	
1 publiczna	884
2 niepubliczna	88

### Miejsce realizacji świadczeń (zaznaczyć jedno pole)

Gabinet profilaktyki zdrowotnej w szkole	01	576
Gabinet profilaktyki zdrowotnej w budynku należący do innej szkoły (w zespole szkół)	02	123
Gabinet poza szkołą	03	73
Inne pomieszczenie w szkole nie będące gabinetem profilaktyki zdrowotnej	04	200

### Dział 2. Sposób zapewnienia opieki

Uwaga! Wiersze dotyczące kolejnych pielęgniarek lub higienistek należy wypełnić tylko w przypadku ich występowania.

UCZNIOWIE		
Liczba uczniów ogółem	01	258 222
w tym niepełnosprawnych	02	11 265
liczba uczniów, których rodzice nie wyrazili zgody na opiekę pielęgniarki szkolnej (lub wyrazili sprzeciw)	03	527
w tym niepełnosprawnych	04	9
PIELĘGNIARKI		
Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki <sup>1</sup>	05	Liczba godzin pracy pielęgniarki/ek w szkole (w tygodniu)
HIGIENISTKI SZKOLNE		
Nr dyplomu higienistki szkolnej <sup>2</sup>	11	Liczba godzin pracy higienistki/ek w szkole (w tygodniu)

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

<sup>2</sup> Podać nr dyplomu higienistek szkolnych opiekujących się uczniami w dniu zakończenia roku szkolnego.

### Dział 3. Zakres opieki realizowanej w szkole

Wyszczególnienie		Liczba uczniów	Liczba porad
0		1	2
Liczba udzielonych porad w ramach opieki czynnej	01	35 006	88 756
Liczba uczniów, u których wykonywano zabiegi i procedury lecznicze w trakcie pobytu w szkole	02	1 539	38 277
Liczba udzielonych porad w przypadkach nagłych zachorowań i urazów	03	69 346	154 473
Liczba udzielonych porad w związku z diagnozowaniem zjawiska przemocy (w tym przemocy rówieśniczej)	04	296	722
Udział pielęgniarki w realizacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej /liczba uczniów objętych programem	05	161 746	3 413
Liczba uczniów objętych edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej	06	89 647	1 133

### Dział 3A. Realizacja profilaktyki fluorkowej

Klasa		Liczba uczniów podlegających profilaktyce fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów	Liczba uczniów, u których wykonano profilaktykę fluorkową metodą nadzorowanego szczotkowania zębów (należy uzupełnić tylko wtedy, gdy zostały wykonane min. 4 zabiegi)
0		1	2
Klasa I	01	19 365	5 431
Klasa II	02	19 200	5 379
Klasa III	03	20 432	5 669
Klasa IV	04	19 498	5 349
Klasa V	05	18 577	4 977
Klasa VI	06	11 831	3 186

### Dział 4. Wykonanie testów przesiewowych

Klasa		Liczba uczniów podlegających testom przesiewowym	Liczba uczniów, u których wykonano testy przesiewowe	
			na terenie szkoły	poza szkołą
0		1	2	3
Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne	01	15 824	13 958	1 347
Klasa III szkoły podstawowej	02	20 422	18 963	937
Klasa V szkoły podstawowej	03	18 561	16 885	725
Klasa VII szkoły podstawowej	04	27 605	25 343	1 230
Klasa I szkoły ponadpodstawowej	05	19 843	18 366	389
Ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej, do ukończenia 19 roku życia	06	19 949	17 956	444

## Dział 5. Profilaktyczne badanie lekarskie

Klasa		Liczba uczniów podlegających badaniu	Liczba zbadanych uczniów <sup>3</sup>
0		1	2
Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne	01	15 824	12 706
Klasa III szkoły podstawowej	02	20 422	16 209
Klasa VII szkoły podstawowej	03	27 605	20 872
Klasa I szkoły ponadpodstawowej	04	19 843	14 018
Ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej, do ukończenia 19 roku życia	05	19 949	13 759

<sup>3</sup> na podstawie zwróconych kart badania profilaktycznego wypełnionych przez lekarza POZ.

## Dział 6. Opieka stomatologiczna

Miejsce realizacji świadczeń stomatologicznych (zaznaczyć jedno pole)

Gabinet stomatologiczny w szkole	01	78
Gabinet profilaktyki zdrowotnej w budynku należący do innej szkoły (w zespole szkół)	02	32
Gabinet stomatologiczny w podmiocie leczniczym	03	292
Dentobus	04	40
Brak umowy na realizację świadczeń stomatologicznych	05	530

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

.....  
Numer telefonu do osoby,  
która sporządziła sprawozdanie

.....  
Miejscowość i data