

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej:	<b>MZ-55</b> <b>TYGODNIOWY, DZIENNY <sup>1)</sup></b> <b>MELDUNEK</b> <b>o zachorowaniach i podejrzeniach</b> <b>zachorowań na grypę</b> <b>za okres, dzień <sup>1)</sup></b> <b>od .....do ..... r.</b>	Adresat: ..... Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w .....
Numer identyfikacyjny – REGON:		<b>Przekazać w terminach opisanych w programie badań statystycznych</b>

**Liczba zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę wg wieku chorych <sup>2)</sup>**

Wiek (ukończone lata)	Liczba zachorowań oraz podejrzeń		Powody skierowania do szpitala - liczba osób <sup>3)</sup>		
	Ogółem	w tym osoby skierowane do szpitala	objawy ze strony układu krążenia	objawy ze strony układu oddechowego	inne przyczyny
0	1	2	3	4	5
0 - 4	1				
5 - 14	2				
15 - 64	3				
65 i więcej	4				
Razem	5				

Jeżeli powodem skierowania do szpitala były „inne przyczyny” (rubryka 5), podać jakie: .....

.....

.....

**Obciążenia administracyjne związane z meldunkiem <sup>4)</sup>**

Szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych	1	
Szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza	2	

Uwagi przekazującego dane: .....

.....

.....

**Objaśnienia**

<p><b>W "Meldunku"</b> - zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby nadzoru nad chorobami zakaźnymi w krajach Unii Europejskiej (Dz.U. L 159 z 18.6.2008, s. 46) - <b>wykazuje się</b> grypę (rozpoznaną klinicznie i/lub laboratoryjnie) oraz wszystkie rozpoznane klinicznie zachorowania grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych spełniające podane niżej kryteria.</p> <p><b>Zachorowania grypopodobne</b> Nagle wystąpienie objawów <b>oraz</b> co najmniej jeden z następujących czterech objawów ogólnych: - gorączka lub stan podgorączkowy, - złe samopoczucie, - bóle głowy, - bóle mięśniowe; <b>oraz</b> co najmniej jeden z następujących trzech objawów oddechowych: - kaszel, - ból gardła, - duszność.</p> <p><b>Ostre zakażenia dróg oddechowych</b> Nagle wystąpienie objawów <b>oraz</b> co najmniej jeden z następujących czterech objawów oddechowych: - kaszel, - ból gardła, - duszność, - nieżyt śluzowy nosa; <b>oraz</b>, w opinii klinicysty, infekcyjny charakter choroby.</p>	<p>Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych</p> <p>a) sporządzają meldunki: - tygodniowe - cztery razy w miesiącu, za okresy sprawozdawcze 1-7, 8-15, 16-22, 23-ostatni dzień miesiąca, - dzienne - w okresie wzrostu liczby zachorowań,</p> <p>b) przekazują meldunki w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego po zakończeniu przyjęć (podmioty udzielające świadczeń ambulatoryjnych) lub pierwszego dnia po okresie sprawozdawczym do godz. 8<sup>00</sup> (podmioty udzielające świadczeń stacjonarnych i całodobowych),</p> <p>c) nie przekazują meldunków negatywnych o braku zachorowań,</p> <p>d) meldunki na formularzu wysyłają jako potwierdzenie meldunków przekazywanych telefonicznie lub w inny sposób.</p> <p><sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić. <sup>2)</sup> Wypełnić wszystkie pola tablicy. <sup>3)</sup> Jedna osoba może być wykazana w kilku rubrykach (3-5). <sup>4)</sup> Wypełniać wyłącznie w pierwszych meldunkach przesyłanych w danym miesiącu.</p>
--	--

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu:

Pieczętka imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy:

.....  
(miejsowość i data)