



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 12 kwietnia 2019 r.

Poz. 689

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 26 marca 2019 r.

w sprawie współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Na podstawie art. 24b ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2018 r. poz. 1030, 1490 i 1669) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakres i tryb współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii;
- 2) sposób gromadzenia, przechowywania, przetwarzania i tryb przekazywania informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych;
- 3) wzór indywidualnego kwestionariusza sprawozdawczego osoby zgłaszającej się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych.

§ 2. 1. Kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, zwanego dalej „podmiotem leczniczym”, wyznacza osobę odpowiedzialną za bieżący kontakt z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w ramach systemu zbierania danych.

2. Kierownik podmiotu leczniczego przekazuje do Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii informację o osobie, o której mowa w ust. 1, zawierającą jej imię i nazwisko oraz numer telefonu służbowego.

3. Kierownik podmiotu leczniczego bez zbędnej zwłoki powiadamia Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii o zmianach danych, o których mowa w ust. 2.

§ 3. 1. Informacje, o których mowa w § 1 pkt 2, są gromadzone w indywidualnym kwestionariuszu sprawozdawczym osoby zgłaszającej się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, zwanym dalej „kwestionariuszem”, w warunkach zapewniających ochronę dóbr osobistych osoby zgłaszającej się do leczenia.

2. Kwestionariusz wypełnia osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych, na podstawie wywiadu przeprowadzanego z pacjentem w czasie jego pierwszej wizyty w podmiocie leczniczym.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

3. Osoba wypełniająca kwestionariusz ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości odmowy udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza, jeżeli udzielenie odpowiedzi naruszałoby w ocenie pacjenta jego poczucie intymności lub godności.

4. Jeżeli ze względu na stan pacjenta lub potrzebę zapewnienia prawidłowego przebiegu terapii nie jest możliwe zebranie informacji objętych kwestionariuszem w czasie pierwszej wizyty, dopuszcza się wypełnienie kwestionariusza w trakcie dwóch kolejnych wizyt.

§ 4. 1. Kwestionariusz wypełnia się w postaci papierowej lub z wykorzystaniem aplikacji elektronicznej.

2. Dostęp do aplikacji elektronicznej, o której mowa w ust. 1, jest zapewniany przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii bezpośrednio podmiotom leczniczym.

3. Wzór kwestionariusza jest określony w załączniku do rozporządzenia.

§ 5. Kwestionariusz wypełnia się ponownie w przypadku, gdy pacjent:

- 1) zakończy leczenie w danym podmiocie leczniczym, w tym w sposób niezaplanowany, i po raz kolejny zgłasza się do tego samego podmiotu;
- 2) zgłasza się na wizytę do podmiotu leczniczego udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, po co najmniej sześciomiesięcznej przerwie w leczeniu.

§ 6. 1. Podmiot leczniczy przesyła do Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii kwestionariusze wypełnione w danym kwartale, w terminie do końca miesiąca następującego po zakończeniu tego kwartału.

2. Podmiot leczniczy przesyła do Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, do dnia 31 stycznia każdego roku, listę identyfikatorów pacjentów, którzy byli w trakcie leczenia w danym podmiocie leczniczym w dniu 31 grudnia roku poprzedniego.

3. Podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, inny niż oddział dzienny i podmiot prowadzący leczenie substytucyjne, przesyła do Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii listę, o której mowa w ust. 2, do dnia 31 lipca każdego roku.

§ 7. Kwestionariusze oraz listy, o których mowa w § 6 ust. 2, przesyła się na elektroniczną skrzynkę podawczą w rozumieniu art. 3 pkt 17 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 570, z 2018 r. poz. 1000, 1544 i 1669 oraz z 2019 r. poz. 60 i 534) albo przesyłką poleconą w formie wskazanej przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, w zależności od postaci kwestionariusza.

§ 8. Podmiot leczniczy informuje bez zbędnej zwłoki Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii o każdym przypadku zakończenia leczenia, w tym w sposób niezaplanowany.

§ 9. 1. Podmioty lecznicze oraz Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii przechowują kwestionariusze, listy, o których mowa w § 6 ust. 2, oraz informacje, o których mowa w § 8, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych albo w swojej siedzibie.

2. Podmioty lecznicze oraz Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii przetwarzają informacje, o których mowa w § 1 pkt 2, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w przepisach o przeciwdziałaniu narkomanii, z zachowaniem wymagań wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie zakresu i trybu współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (Dz. U. poz. 1332), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 9 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. poz. 1490).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 26 marca 2019 r. (poz. 689)

WZÓR

Indywidualny kwestionariusz sprawozdawczy osoby zgłaszającej się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych

| Pytanie | Odpowiedzi | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|--|---|--|------------|--|---|--|--|
| 1. Identyfikator pacjenta | | | | | | | | | | | | | zakodowana informacja o płci ¹⁾ |
| | <i>pierwsza litera imienia</i> | <i>druga litera imienia</i> | <i>pierwsza litera nazwiska</i> | <i>druga litera nazwiska</i> | <i>dzień</i> | | <i>miesiąc</i> | | <i>rok</i> | | <i>data urodzenia – dzień, miesiąc, rok</i> | | |
| 2. Data kontaktu z placówką – dzień, miesiąc, rok | | | | | | | | | | | | | |
| | <i>dzień</i> | | | <i>miesiąc</i> | | | <i>rok</i> | | | | | | |
| 3. Kto skierował pacjenta? | <input type="checkbox"/> 1. sąd/prokurator/kurator/policja | | | | | | <input type="checkbox"/> 5. placówka wychowawcza | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej | | | | | | <input type="checkbox"/> 6. sam, rodzina, znajomi itp., bez udziału żadnej instytucji | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. inna placówka leczenia uzależnień | | | | | | <input type="checkbox"/> 7. inne | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. inna placówka medyczna lub pomoc społeczna | | | | | | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | | | | | | |
| 4. Czy kiedykolwiek był leczony w jakiegokolwiek placówce z powodu środków odurzających lub substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych? | <input type="checkbox"/> 1. nigdy nie był leczony w żadnej placówce | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. był poprzednio leczony w jakiegokolwiek placówce | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | | | | | | | | | | | | |
| 5. Rok pierwszego leczenia w życiu | | | | | Należy wpisać cztery cyfry roku podjęcia pierwszego leczenia, jeżeli nie ustalono roku lub jeżeli pacjent nie był leczony, nic nie wpisywać (zostawić puste). | | | | | | | | |
| 6. Z kim mieszka? (dotyczy ostatnich 30 dni) | <input type="checkbox"/> 1. sam | | | | | | <input type="checkbox"/> 5. w noclegowniach/innych instytucjach | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. z rodziną pochodzenia (rodzice itp.) | | | | | | <input type="checkbox"/> 6. inne | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. z partnerem | | | | | | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. u znajomych (brak pokrewieństwa) | | | | | | | | | | | | |

¹⁾ 1. mężczyzna, 2. kobieta, 0. nie ustalono.

| | | | |
|--|---|---|---|
| 7. Posiadanie dzieci | <input type="checkbox"/> 1. bezdzietny | | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono |
| | 2. posiadający dzieci ²⁾ : | | |
| | <input type="checkbox"/> 2.1. posiadający dzieci i z nimi niezamieszkujący | <input type="checkbox"/> 2.2. posiadający dzieci i z nimi zamieszkujący | |
| 8. Status zamieszkania (dotyczy ostatnich 30 dni) | <input type="checkbox"/> 1. stałe miejsce zamieszkania | | <input type="checkbox"/> 3. inne |
| | <input type="checkbox"/> 2. niestałe miejsce zamieszkania lub bezdomność | | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono |
| 9. Miejsce zamieszkania/ przebywania – nazwa miejscowości, gminy, powiatu i województwa ³⁾ (dotyczy ostatnich 30 dni) | Nazwa województwa | | Nazwa powiatu |
| | Nazwa gminy | | Nazwa miejscowości |
| | | | |
| | | | |
| 10. Miejsce zamieszkania – symbol terytorialny GUS ⁴⁾ (dotyczy ostatnich 30 dni) | | | Wpisać symbol terytorialny GUS miejsca zamieszkania (gminy) |
| | | | <input type="checkbox"/> 0000000. nie ustalono |
| | | | <input type="checkbox"/> 9999999. inne kraje niż Polska |
| 11. Obywatelstwo | <input type="checkbox"/> 1. Polska | | <input type="checkbox"/> 3. państwo inne niż państwo członkowskie Unii Europejskiej |
| | <input type="checkbox"/> 2. inne państwo członkowskie Unii Europejskiej | | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono |
| 12. Aktywność zawodowa (dotyczy ostatnich 30 dni) | <input type="checkbox"/> 1. zatrudnienie tymczasowe/dorywcze | | <input type="checkbox"/> 5. ekonomicznie nieaktywny (rencista, emeryt, prowadzący gospodarstwo domowe itp.) |
| | <input type="checkbox"/> 2. zatrudnienie stałe | | <input type="checkbox"/> 6. inne |
| | <input type="checkbox"/> 3. uczeń/student | | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono |
| | <input type="checkbox"/> 4. bezrobotny | | |
| 13. Poziom wykształcenia (najwyższe ukończone) | <input type="checkbox"/> 1. podstawowe nieukończone lub bez wykształcenia szkolnego | | <input type="checkbox"/> 6. średnie policealne |
| | <input type="checkbox"/> 2. podstawowe | | <input type="checkbox"/> 7. wyższe – licencjat |
| | <input type="checkbox"/> 3. gimnazjalne | | <input type="checkbox"/> 8. wyższe – magisterskie |
| | <input type="checkbox"/> 4. zasadnicze zawodowe/zasadnicze branżowe | | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono |
| | <input type="checkbox"/> 5. średnie/średnie branżowe/średnie maturalne | | |

²⁾ W przypadku gdy pacjent posiada dzieci, należy wybrać jedną z poniższych kategorii, tj. określić, czy w ciągu ostatnich 30 dni pacjent zamieszkiwał lub nie zamieszkiwał z dziećmi.

³⁾ W przypadku wersji elektronicznej kwestionariusza wypełnienie pól dotyczących miejsca zamieszkania/przebywania spowoduje automatyczne wygenerowanie symbolu terytorialnego GUS.

⁴⁾ W przypadku wersji papierowej kwestionariusza należy samodzielnie wprowadzić symbol terytorialny GUS.

| 14. Używanie substancji (dotyczy wyłącznie pozamedycznego używania substancji w ciągu ostatnich 30 dni ⁵⁾) | | | | | |
|--|-------------------------|---|--|---|--|
| Nazwa | a. Status ⁶⁾ | b. Sposób przyjmowania | c. Częstość używania | d. Wiek pierwszego użycia | e. Wiek rozpoczęcia regularnego używania |
| | | 1 – podstawowy 2 – pierwszy dodatkowy 3 – kolejne dodatkowe 0 – nie ustalono | 1 – iniekcje 2 – palenie/ wdychanie 3 – jedzenie/picie 4 – wciąganie przez nos (sniff) 5 – inne 0 – nie ustalono | 1 – codziennie 2 – używał 4–6 dni na tydzień 3 – używał 2–3 dni na tydzień 4 – używał raz na tydzień lub rzadziej 5 – nie używał w ciągu ostatnich 30 dni 0 – nie ustalono | 00 – nie ustalono |
| 1) heroina | | | | | |
| 2) metadon | | | | | |
| 3) buprenorfina | | | | | |
| 4) fentanyl | | | | | |
| 5) inne pochodne fentanylu (nowe fentanyle) (jakie?) | | | | | |
| 6) opiaty produkowane domowym sposobem (kompot) | | | | | |
| 7) inne opioidy (jakie?) | | | | | |
| 8) kokaina | | | | | |
| 9) crack | | | | | |
| 10) inne formy kokainy (jakie?) | | | | | |
| 11) amfetamina | | | | | |

⁵⁾ W przypadku gdy pacjent w ciągu ostatnich 30 dni był poddawany detoksykacji, nie używał substancji lub był pozbawiony wolności, należy zebrać informacje o używaniu substancji w okresie 30 dni przed wystąpieniem tych okoliczności. Wyjątek ten dotyczy tylko substancji, które stwarzają pacjentowi największe problemy.

⁶⁾ W tej kolumnie powinna być wprowadzona jedna wartość „1”, nie więcej niż jedna wartość „2” i dowolna liczba wartości „3”.

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 12) metamfetamina | | | | | | | |
| 13) MDMA (ecstasy) | | | | | | | |
| 14) inne fenetylaminy o działaniu stymulującym (<i>jakie?</i>) | | | | | | | |
| 15) syntetyczne katynony (<i>jakie?</i>) | | | | | | | |
| 16) inne stymulanty (<i>jakie?</i>) | | | | | | | |
| 17) barbiturany | | | | | | | |
| 18) benzodiazepiny | | | | | | | |
| 19) inne leki uspokajające i nasenne (<i>jakie?</i>) | | | | | | | |
| 20) inne leki (<i>jakie?</i>) | | | | | | | |
| 21) GHB/GBL | | | | | | | |
| 22) LSD | | | | | | | |
| 23) ketamina | | | | | | | |
| 24) grzyby halucynogenne | | | | | | | |
| 25) fenetylaminy o działaniu halucynogennym (<i>jakie?</i>) | | | | | | | |
| 26) inne halucynogeny (<i>jakie?</i>) | | | | | | | |
| 27) substancje wziewne | | | | | | | |
| 28) marihuana | | | | | | | |
| 29) genetycznie zmienione konopie (skun) | | | | | | | |
| 30) haszysz | | | | | | | |
| 31) syntetyczne kannabinoidy (<i>jakie?</i>) | | | | | | | |
| 32) inne formy konopi (<i>jakie?</i>) | | | | | | | |
| 33) alkohol | | | | | | | |
| 34) inne substancje ⁷⁾ (<i>jakie?</i>) | | | | | | | |

⁷⁾ W tej kategorii należy wskazać używanie substancji niewymienionych w kategoriach powyżej, w tym środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Należy także podać ich nazwy chemiczne lub potoczne.

| | | | |
|--|--|---|--|
| 15. Czy więcej niż jedna substancja mogłaby posiadać status podstawowej? | <input type="checkbox"/> 1. tak | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | |
| | <input type="checkbox"/> 2. nie | | |
| 16. Leczenie substytucyjne otrzymywane – metadon | <input type="checkbox"/> 1. nigdy nieotrzymywane | <input type="checkbox"/> 3. obecnie (<u>w ciągu ostatnich 30 dni</u>) | |
| | <input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek w życiu, ale nie obecnie | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | |
| 17. Leczenie substytucyjne otrzymywane – buprenorfina ⁸⁾ | <input type="checkbox"/> 1. nigdy nieotrzymywane | <input type="checkbox"/> 3. obecnie (<u>w ciągu ostatnich 30 dni</u>) | |
| | <input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek w życiu, ale nie obecnie | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | |
| 18. Leczenie substytucyjne otrzymywane – inne substancje (<i>jakie?</i>) | <input type="checkbox"/> 1. nigdy nieotrzymywane | <input type="checkbox"/> 3. obecnie (<u>w ciągu ostatnich 30 dni</u>) | |
| | <input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek w życiu, ale nie obecnie | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | |
| 19. Wiek, w którym pacjent rozpoczął pierwsze w życiu leczenie substytucyjne | | <i>Wpisać wiek pierwszego leczenia substytucyjnego</i> | |
| | | <input type="checkbox"/> 00. nie ustalono | |
| | | <input type="checkbox"/> 99. nigdy nie otrzymywał leczenia substytucyjnego | |
| 20. Używanie środków odurzających lub substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w iniekcjach | <input type="checkbox"/> 1. nigdy nie używał w iniekcjach | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek używał w iniekcjach ⁹⁾ : | | |
| | <input type="checkbox"/> 2.1. używał w iniekcjach, ale nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy | <input type="checkbox"/> 2.2. używał w iniekcjach w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale nie w ciągu ostatnich 30 dni | <input type="checkbox"/> 2.3. obecnie używa w iniekcjach (<u>w ciągu ostatnich 30 dni</u>) |
| | <input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | | |
| 21. Wiek pierwszej iniekcji | | <i>Wpisać wiek pierwszej w życiu iniekcji</i> | |
| | | <input type="checkbox"/> 00. nie ustalono | |
| | | <input type="checkbox"/> 99. nigdy nie używał w iniekcjach | |
| 22. Dzielenie się igłami lub strzykawkami | <input type="checkbox"/> 1. nigdy nie dzielił się igłami lub strzykawkami | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami ¹⁰⁾ : | | |
| | <input type="checkbox"/> 2.1. dzielił się igłami lub strzykawkami, ale nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy | <input type="checkbox"/> 2.2. dzielił się igłami lub strzykawkami w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale nie w ciągu ostatnich 30 dni | <input type="checkbox"/> 2.3. obecnie dzieli się igłami lub strzykawkami (<u>w ciągu ostatnich 30 dni</u>) |
| | <input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | | |

⁸⁾ W tej kategorii należy także wskazać przypadki leczenia substytucyjnego z zastosowaniem preparatów zawierających buprenorfinę wraz z innymi substancjami czynnymi.

⁹⁾ W przypadku gdy pacjent kiedykolwiek używał środków odurzających lub substancji psychotropowych w iniekcjach, należy wybrać jedną z poniższych kategorii.

¹⁰⁾ W przypadku gdy pacjent kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami, należy wybrać jedną z poniższych kategorii.

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| 23. Test w kierunku HIV | <input type="checkbox"/> 1. nigdy nie był badany | |
| | <input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek był badany ¹¹⁾ : | |
| | <input type="checkbox"/> 2.1. badany, ale nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy | <input type="checkbox"/> 2.2. badany w ciągu ostatnich 12 miesięcy |
| | <input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi | |
| | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | |
| 24. Status HIV | <input type="checkbox"/> 1. badany – wynik dodatni | <input type="checkbox"/> 4. nie był badany w ciągu ostatnich 12 miesięcy |
| | <input type="checkbox"/> 2. badany w ciągu ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono |
| | <input type="checkbox"/> 3. badany w ciągu ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznany | |
| 25. Test w kierunku HCV | <input type="checkbox"/> 1. nigdy nie był badany | |
| | <input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek był badany ¹²⁾ : | |
| | <input type="checkbox"/> 2.1. badany, ale nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy | <input type="checkbox"/> 2.2. badany w ciągu ostatnich 12 miesięcy |
| | <input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi | |
| | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | |
| 26. Status HCV | <input type="checkbox"/> 1. badany – wynik dodatni | <input type="checkbox"/> 4. nie był badany w ciągu ostatnich 12 miesięcy |
| | <input type="checkbox"/> 2. badany w ciągu ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono |
| | <input type="checkbox"/> 3. badany w ciągu ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznany | |
| 27. Wynik zgłoszenia | <input type="checkbox"/> 1. podjęto leczenie w placówce | <input type="checkbox"/> 4. nie podjęto leczenia, bowiem pacjent nie zdecydował się na leczenie |
| | <input type="checkbox"/> 2. skierowano do innej placówki | <input type="checkbox"/> 5. nie podjęto leczenia z innego powodu |
| | <input type="checkbox"/> 3. nie podjęto leczenia, bowiem pacjent nie potrzebował leczenia | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono |
| 28. Diagnoza podstawowa wg ICD-10 | F | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono |
| | | <i>Wpisać symbol diagnozy choroby zasadniczej wg ICD-10 (każda cyfra w osobnej kratce) lub zaznaczyć nie ustalono</i> |

¹¹⁾ W przypadku gdy pacjent był kiedykolwiek badany w kierunku HIV, należy wybrać jedną z poniższych kategorii.

¹²⁾ W przypadku gdy pacjent był kiedykolwiek badany w kierunku HCV, należy wybrać jedną z poniższych kategorii.

| | | | | | |
|--|--|---------|--|--|--|
| 29. Diagnoza dodatkowa wg ICD-10 | <input type="checkbox"/> 1. F60-F69 – zaburzenia osobowości | | <input type="checkbox"/> 6. F10 – problem alkoholowy | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. F32, F33 – depresja | | <input type="checkbox"/> 7. F11-F16, F18, F19 – problem narkotyków | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. F30, F31, F34-F39 – inne zaburzenia afektywne | | <input type="checkbox"/> 8. F00-F09, F42-F48, F50-F59, F70-F99 – pozostałe zaburzenia psychiczne | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. F40, F41 – zaburzenia lękowe | | <input type="checkbox"/> 9. inne schorzenia | | |
| | <input type="checkbox"/> 5. F20-F29 – schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe | | <input type="checkbox"/> 0. brak diagnozy dodatkowej lub nie ustalono | | |
| 30. Kontynuacja leczenia z poprzedniego roku | <input type="checkbox"/> | | Zaznaczyć, jeżeli pacjent kontynuuje leczenie z poprzedniego roku. Zostawić puste, jeżeli jest to nowy epizod leczenia. | | |
| 31. Koniec leczenia – dzień, miesiąc, rok | | | | | |
| | dzień | miesiąc | rok | | |
| 32. Powód zakończenia leczenia | <input type="checkbox"/> 1. planowe zakończenie terapii | | <input type="checkbox"/> 4. zakończenie terapii z powodu zgonu pacjenta | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. zakończenie terapii z powodów dyscyplinarnych | | <input type="checkbox"/> 5. zakończenie terapii z powodu skierowania na leczenie w innej jednostce | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. zakończenie terapii na żądanie pacjenta | | <input type="checkbox"/> 0. nie ustalono | | |