



Stargard, dnia 25.01.2023r.

Zapytanie ofertowe nr 2/ZO/2023

prowadzone w formie elektronicznej poprzez publikację na stronie internetowej Zamawiającego <https://zozstargard.pl/category/zamowienia-publiczne-2023/> oraz za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem e-mail: przetargi@zozstargard.pl oraz zapytania@zozstargard.pl

*Postępowanie nie podlega ustawie z dnia 11.09.2019r. Prawo zamówień publicznych (zwaney dalej Pzp).
– podstawa prawna: : art. 2 ust 1 pkt 1 Pzp.*

Przedmiot zapytania (nazwa):

Zakup i dostawa druków na potrzeby SPWZOZ w Stargardzie w okresie 12 miesięcy.

1. Nazwa i adres Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard, tel. 91-578-92-22

REGON 000304562

NIP 854-19-38-710

Postępowanie prowadzi: **Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, ul. Wojska Polskiego 27 pok. 001, 73-110 Stargard**

Strona internetowa postępowania: <https://zozstargard.pl/category/zamowienia-publiczne-2023/>

Służbowy e-mail do korespondencji: przetargi@zozstargard.pl, zapytania@zozstargard.pl.

Godziny pracy: 7:25 – 15:00 od poniedziałku do piątku.

2. Opis przedmiotu zamówienia i kod CPV

Przedmiotem zamówienia jest sprzedaż i sukcesywne dostawy druków na potrzeby SPWZOZ w Stargardzie w okresie 12 miesięcy.

1. Kod CPV:

22000000 – 0 – Druki i produkty podobne

22900000 – 9 – Różne druki

22458000 – 5 – Pozostałe druki

2. Przedmiot zamówienia musi być dobrej jakości, wykonany zgodnie z opisem zawartym w **Formularzu asortymentowo- cenowym** stanowiącym **Załącznik nr 2** do niniejszego zapytania ofertowego oraz zgodnie z załączonymi wzorami druków zgodnie z **Załącznikiem nr 7**.

3. Zamawiający **nie dopuszcza** składania ofert częściowych.

4. Realizacja przedmiotu zamówienia dokonywana będzie partiami na podstawie zamówień składanych telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej. W przypadku zamówienia telefonicznego będzie ono niezwłocznie potwierdzone za pośrednictwem poczty elektronicznej.

RADCA PRAWNY

Zbigniew Trojanowski
*niewłaściwe skreślić



5. Odbiór każdorazowej partii zamówienia poprzedzony zostanie badaniem ilościowym i wartościowym na podstawie dostarczonego przez Wykonawcę druku WZ, przeprowadzonym przez upoważnionego pracownika Zamawiającego.
6. Ceny jednostkowe zawarte w ofercie Wykonawcy będą stałe w trakcie trwania umowy.
7. Cena brutto musi uwzględniać wszystkie koszty niezbędne do poniesienia dla terminowego i prawidłowego wykonania usługi, bez których realizacja nie byłaby możliwa, w tym m.in. koszt transportu oraz wniesienia dostarczanego asortymentu do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.
8. Zamawiający **nie dopuszcza** możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.
9. Miejszem wykonania zamówienia jest Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie, ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard oraz ul. Staszica 16, 73-110 Stargard.
10. Towar dostarczany będzie do Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia SPWZOZ w Stargardzie, ul. Wojska Polskiego 27, budynek J, pokój 001, 73-110 Stargard, w terminie 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia przez Zamawiającego.
11. Dostawy realizowane będą od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem przypadających w tym terminie dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 14.00.
12. Osobami upoważnionymi do odbioru i rozliczenia ilości towaru jest Pracownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia lub inna osoba wyznaczona przez Zamawiającego.
13. Z wybranym Wykonawcą zostanie zawarta umowa na realizację zamówienia wg wzoru stanowiącego **Załącznik nr 3** do zapytania ofertowego.

3. Szczegółowy opis części zamówienia

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera **Załącznik Nr 2** do zapytania ofertowego (**Formularz asortymentowo - cenowy**) oraz **Załącznik nr 7** Wzory druków.
2. Zamówienie **nie jest podzielone na części (pakiety)**.

4. Warunki realizacji zamówienia

1. Termin realizacji umowy: **12 miesięcy od dnia podpisania umowy**.
2. Termin wykonania zamówienia: **nie dłuższy niż 5 dni**, zgodnie z deklaracją złożoną w ofercie stanowiącej **Załącznik nr 1** do niniejszego zapytania ofertowego.
3. Szczegółowe warunki realizacji przedmiotu zamówienia zawiera umowa, której wzór stanowi **Załącznik nr 3** do zapytania ofertowego.
4. Termin płatności: **60 dni kalendarzowych** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.

5. Warunki udziału Wykonawcy w realizacji zamówienia

1. Ilość asortymentu będzie wynikać z bieżącego i faktycznego zapotrzebowania Zamawiającego. Ilości podane w formularzu cenowym są szacunkowe i mogą ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu w poszczególnych pozycjach **Załącznika nr 2** do zapytania ofertowego o 20%.



2. Zamawiający nie będzie ponosił ujemnych skutków finansowych spowodowanych zmniejszeniem ilości i wartości dostaw.
3. Zakup i dostawa asortymentu odbywać się będzie na podstawie dyspozycji Zamawiającego, zgłoszonych na piśmie, drogą elektroniczną. W przypadku zamówienia telefonicznego będzie ono niezwłocznie potwierdzone za pośrednictwem poczty elektronicznej.
4. Czas realizacji dostaw poszczególnych zamówień nie powinien przekroczyć 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
5. Dostawa obejmuje załadunek, transport i rozładunek dostarczonych artykułów do SPWZOZ w Stargardzie, do pomieszczenia wskazanego przez Zamawiającego.
6. Koszty i ryzyko transportu ponosi Wykonawca.
7. W przypadku dostarczenia asortymentu niezgodnego rodzajowo z warunkami zamówienia lub dostarczenia wadliwego towaru, Zamawiający zastrzega sobie prawo do reklamacji, która powinna być zrealizowana w ciągu 5 dni roboczych od daty zgłoszenia.
8. Wykonawca zobowiązany jest wymienić niezgodny rodzajowo lub wadliwy towar na nowy, zgodny z formularzem cenowym, wolnym od wad.
9. Ceny produktów w okresie trwania umowy nie mogą ulec zmianie, w stosunku do wskazanych w ofercie cenowej. Ceny jednostkowe w ofercie powinny uwzględniać również koszty załadunku, transportu, rozładunku i wniesienia dostarczanego asortymentu do pomieszczenia wskazanego przez Zamawiającego w siedzibie Zamawiającego.
10. W celu realizacji zamówienia Wykonawca musi spełnić następujące warunki:
 - a) wykazać wykonanie co najmniej 2 dostaw asortymentu objętego przedmiotem zapytania ofertowego,
 - b) minimalna wartość brutto wykonanych dostaw nie może być mniejsza niż 5 000,00 zł dla każdej z wykazanych dostaw,
 - c) należy dołączyć oświadczenie, referencje lub inny dokument potwierdzający fakt należytego wykonania dostaw na kwoty wykazane w **Załączniku nr 4**.
11. Spełnienie warunku odbędzie się poprzez:
 - a) wypełnienie i podpisanie wykazu stanowiącego **Załącznika nr 4** do niniejszego zapytania ofertowego;
 - b) dołączenie do oferty potwierdzenia wykonania co najmniej 2 dostaw – oświadczenie, referencje bądź inny dokument potwierdzający fakt należytego wykonania wykazanych dostaw, minimalna wartość brutto dla każdej z wykazanych dostaw nie może być mniejsza niż 5 000,00 zł;
 - c) załączenie do oferty kopii odpisu z właściwego rejestru z działalności gospodarczej,
 - d) podpisanie oświadczeń, o których mowa w **Załączniku nr 1** do niniejszego zapytania ofertowego.

6. Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty

1. Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| 1) Cena | – waga 60%, |
| 2) Termin wykonania zamówienia | – waga 40% |



	Kryterium	Waga kryterium	Max. ilość punktów jaką może uzyskać oferta za dane kryterium
1.	Cena	60%	60 pkt
2.	Termin realizacji zamówienia (nie dłuższy niż 5 dni robocze)	40%	40 pkt

1) **Cena – waga 60%**

- Cena ofertowa przedstawiona przez Wykonawcę musi obejmować wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia oraz będzie ceną ofertową z uwzględnieniem należnego podatku VAT według stawki obowiązującej Wykonawcę, zgodnej z aktualnym stanem prawnym na dzień wyznaczony na złożenie ofert.

- Obliczanie ceny odbywać się będzie według wzoru:

$$\text{Liczba punktów oferty badanej} = \frac{\text{Cena oferty najniższej}}{\text{Cena oferty badanej}} \times 60\% \text{ pkt} \times 100 = \text{liczba punktów za kryterium cena}$$

- Cena oprócz podatku VAT zawierać musi wszelkiego rodzaju opłaty i koszty związane z realizacją zamówienia, w tym: koszty ubezpieczenia, dostawy tj załadunku, rozładunku i wniesienia asortymentu do pomieszczenia wskazanego przez Zamawiającego, wszystkie rabaty, upusty i inne jeżeli występują.
- Cena musi być podana w złotych polskich z **dokładnością do drugiego miejsca** po przecinku, zgodnie z matematycznymi zasadami zaokrąglenia.

2) **Termin realizacji zamówienia (nie dłuższy niż 5 dni roboczych) – waga 40%**

- do 3 dni – 40 pkt
- do 4 dni – 20 pkt
- do 5 dni – 0 pkt

2. Za najkorzystniejszą ofertę zostanie uznana oferta przedstawiająca najkorzystniejszy bilans ceny i terminu realizacji zamówienia.
3. W przypadku wystąpienia w ofercie błędów rachunkowych/obliczeniowych Zamawiający dokona ich poprawy, na co Wykonawca wyraża zgodę.
4. W przypadku kiedy ilość uzyskanych punktów przez dwie lub więcej ofert będzie taka sama, Zamawiający dokona wyboru oferty i uzna za najkorzystniejszą ofertę z najniższą ceną, a jeżeli zostaną złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia ofert dodatkowych.

7. Termin związania ofertą

1. Termin związania ofertą wynosi **30 dni** od dnia otwarcia ofert.
2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.



8. Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert

1. Ofertę należy złożyć na adres e-mail: przetargi@zozstargard.pl do dnia **01.02.2023r. do godz. 9.00**
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **01.02.2023r. o godz. 9.10.**

9. Instrukcja składania ofert

1. Zgłoszenie do postępowania wymaga przesłania na adres e-mail: przetargi@zozstargard.pl, we wskazanym w ust. 8 terminie oferty wraz z załącznikami w postaci elektronicznej (podpisanej w formie pdf lub opatrzonej kwalifikowalnym podpisem elektronicznym).
2. Na ofertę składają się:
 - 1) wypełniona i podpisana OFERTA – oświadczenie Wykonawcy, które należy sporządzić wg wzoru stanowiącego **Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego, bądź zgodnie z jego treścią:
 - a) Wykonawca nie powinien dokonywać żadnych istotnych zmian (merytorycznych) we wzorze oferty, opracowanym przez Zamawiającego, OFERTĘ – oświadczenie Wykonawcy – dołącza jako załącznik podpisany przez osoby umocowane (wymienione w dokumentach rejestracyjnych np. KRS lub CEiIDG), w przypadku działania Wykonawcy przez pełnomocników należy dołączyć do oferty stosowne pełnomocnictwo;
 - b) niezastosowanie wzoru określonego w **Załączniku nr 1** nie spowoduje odrzucenia oferty, jednakże Zamawiający wymaga, żeby w złożonej ofercie znalazły się wszystkie oświadczenia zawarte we wzorze oferty.
 - 2) wypełniony i podpisany **Formularz asortymentowo- cenowy** stanowiący **Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego;
 - 3) kopia odpisu z właściwego rejestru z działalności gospodarczej;
 - 4) potwierdzenie wykonania co najmniej 2 dostaw druków, referencje bądź inny dokument potwierdzający fakt należytego wykonania dostawy- minimalna wartość brutto dla każdego zlecenia nie może być niższa niż **5 000,00 zł**;
 - 5) inne dokumenty wymagane przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym potwierdzające spełnianie przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu (o ile dotyczy).
3. **Zamawiający nie wymaga odręcznego podpisania Formularza oferty wraz z załącznikami w przypadku opatrzenia dokumentów kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**
4. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpłynięcia oferty na adres e-mailowy Zamawiającego przetargi@zozstargard.pl.
5. Przed upływem terminu składania ofert Wykonawca może wycofać złożoną przez siebie ofertę poprzez przesłanie do Zamawiającego e-mailem pisma (podpisanego skanu w formie pdf lub opatrzonego kwalifikowalnym podpisem elektronicznym) z informacją o wycofaniu złożonej oferty. Pismo Wykonawcy powinno być podpisane przez upoważnione osoby. Oferta podlegająca wycofaniu na wniosek Wykonawcy zostanie usunięta i nie będzie podlegała ocenie.
6. Oferty, które wpłyną po upływie terminu składania ofert nie będą podlegać ocenie, z uwzględnieniem okoliczności określonych ust. 11 pkt. 7.
7. W przypadku określonym w pkt. 6, Wykonawca otrzyma e-mailem informację zwrotną od Zamawiającego, że



oferta wpłynęła po terminie i nie będzie podlegać ocenie.

8. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę. W przypadku złożenia przez Wykonawcę więcej niż jednej oferty, wszystkie oferty zostaną odrzucone.
9. Zamawiający **nie dopuszcza** złożenia oferty w formie pisemnej.
10. *Informacje o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń lub dokumentów, a także wskazanie osób uprawnionych do porozumiewania się z Wykonawcami*

-
1. Wszelkie informacje, dokumenty, oświadczenia, które Zamawiający zobowiązany jest umieszczać będą publikowane na stronie internetowej postępowania pod adresem <https://zozstargard.pl/category/zamowienia-publiczne-2023/>.
 2. Wszelkie informacje Zamawiający przekazuje za pośrednictwem strony internetowej postępowania. Możliwe jest także dodatkowo przekazywanie Wykonawcy informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej.
 3. Wszelkie oświadczenia, wnioski oraz informacje, przekazywane przez Wykonawcę odbywają się za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem e-mail: przetargi@zozstargard.pl. W tytule wiadomości Wykonawca podaje numer referencyjny sprawy (zapytania ofertowego), której ona dotyczy.
 4. Oświadczenia, wnioski lub informacje, które wpłyną do Zamawiającego, uważa się za dokumenty złożone w terminie, jeśli ich czytelna treść dotrze do Zamawiającego przed upływem tego terminu.
 5. Za datę i godzinę wpływu oświadczeń, wniosków oraz informacji przekazywanym na adres e-mail Zamawiającego przyjmuje się datę i godzinę dostarczenia wiadomości na adres e-mail przetargi@zozstargard.pl.
 6. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści zapytania ofertowego. Wniosek należy przesłać za pośrednictwem poczty elektronicznej zapytania@zozstargard.pl. W tytule wiadomości Wykonawca podaje numer referencyjny sprawy (zapytania ofertowego), której ona dotyczy.
 7. Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie z zastrzeżeniem zapisów ust. 11 pkt. 2 zapytania ofertowego.
 8. Treść pytań (bez ujawniania źródła zapytania) wraz z wyjaśnieniami, bądź informacje o dokonaniu modyfikacji zapytania ofertowego, Zamawiający zamieści na stronie internetowej postępowania.
 9. Uprawnieni do kontaktów z Wykonawcami:
 - w sprawach formalnych i merytorycznych p. Monika Zielińska, tel. służbowy 091 57 89 221, e-mail służbowy: przetargi@zozstargard.pl

11. *Zamawiający zastrzega sobie prawo do:*

-
1. zmiany terminu składania ofert,
 2. nie udzielenia odpowiedzi na pytania Wykonawców,
 3. zmiany treści zapytania ofertowego,
 4. poprawienia oczywistych omyłek pisarskich i rachunkowych w ofercie,
 5. wezwania Wykonawcy do złożenia wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty,
 6. unieważnienia prowadzonego zapytania bez podania przyczyny przed terminem wyznaczonym na składanie ofert oraz w uzasadnionych przypadkach leżących w interesie Zamawiającego, po terminie wyznaczonym na składanie ofert,



7. rozpatrzenia ofert złożonych po terminie składania ofert w uzasadnionej sytuacji, leżącej w interesie Zamawiającego.

12. Zamawiający nie przewiduje

1. aukcji elektronicznej,
2. zwrotu kosztów udziału w postępowaniu,
3. zaliczek dla Wykonawców,
4. prowadzenia rozliczeń w walutach obcych.

13. Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy Zamawiającego oraz lub podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa.
2. Klauzula informacyjna z art. 13 RODO stanowi **Załącznik nr 5** do zapytania ofertowego.

14. Rozstrzygnięcie postępowania

1. Postępowanie ofertowe zostanie rozstrzygnięte niezwłocznie po otwarciu ofert.
2. Protokół z wyboru Wykonawcy bądź Protokół z unieważnienia postępowania zostanie zamieszczony na stronie internetowej postępowania i w trybie określonym w ust. 10 niniejszego zapytania ofertowego.
3. Z wybranym Wykonawcą zamówienia zostanie zawarta umowa według wzoru stanowiącego **Załącznik nr 3** do niniejszego zapytania ofertowego.

15. Załączniki:

Integralną część zapytania ofertowego stanowią załączniki:

Załącznik nr 1 – Wzór Formularza OFERTY (oświadczenie Wykonawcy)

Załącznik nr 2 – Formularz asortymentowo - cenowy

Załącznik nr 3 – Wzór Umowy

Załącznik nr 4 – Wykaz wykonanych dostaw

Załącznik nr 5 – Klauzula informacyjna wynikająca z art. 13 RODO

Załącznik nr 6 – Wzory druków

Kierownik
Dział Zamówień Publicznych
Zadanie

Data i podpis
wnioskodawcy/ kierownika jednostki

Zatwierdzam
DYREKTOR
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO
WIELOSPECJALISTYCZNEGO
ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Stargardzie

Data i podpis
Kierownika Zamawiającego (Dyrektora pionu)

CA GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO

Izabela Włochowicz



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 1/ZO/2023

.....
(pieczęć oferenta)

Samodzielny Publiczny
Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Wojska Polskiego 27
73-110 Stargard

OFERTA

Nazwa:

Siedziba:

Telefon / faks:

E-mail:

NIP:

REGON:

Nr KRS/ ewidencji gospodarczej¹:

Osoba upoważniona do podpisania umowy w przypadku uzyskania zamówienia:

.....

(imię, nazwisko, funkcja)

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na zakup i dostawę druków na potrzeby SPWZOZ w Stargardzie w okresie 12 miesięcy

oferujemy następujące warunki:

Usługa	Łączna wartość netto w PLN	Podatek % VAT	Łączna wartość brutto w PLN	Termin realizacji zamówienia (nie dłuższy niż 5 dni roboczych)
Zakup i dostawa druków na potrzeby SPWZOZ w Stargardzie w okresie 12 miesięcy				

* oferta obejmuje łączną wartość netto/brutto wskazaną w Załączniku nr 2 do zapytania ofertowego



Ocenie podlega łączna wartość brutto w okresie 12 miesięcy, czyli słownie brutto w PLN

.....
.....

1. Oceny oferty dokonywać się będzie na podstawie sumy punktów przyznanych za poszczególne kryteria tj. łącznej wartości brutto w okresie 12 miesięcy i terminu realizacji zamówienia.
2. W zaoferowaną cenę zostały wliczone wszelkie koszty, jakie Wykonawca będzie musiał ponieść w celu realizacji przedmiotu zamówienia, w tym koszty: ubezpieczenia, koszty załadunku, transportu, wyładowania, wniesienia towaru do pomieszczenia wskazanego przez Zamawiającego, koszty gwarancji, zysk, narzuty, wszelkie podatki, w tym należny podatek VAT.
3. Cena musi być podana w złotych polskich z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku, zgodnie z matematycznymi zasadami zaokrąglenia.
4. W przypadku wystąpienia w ofercie błędów rachunkowych/obliczeniowych Zamawiający dokona ich poprawy na co Wykonawca wyraża zgodę.
5. Termin płatności wynosi 60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
6. Termin realizacji umowy – 12 miesięcy.
7. Termin związania z ofertą wynosi 30 dni od dnia otwarcia ofert.

Informujemy że:

1. wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego*,
2. wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to..... zł netto*,
3. w przypadku wyłonienia naszej firmy na Wykonawcę zamówienia osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia / umowy będzie:
....., służbowy e-mail:
(imię i nazwisko)
służbowy nr tel.,
4. pisemne zlecenia Zamawiającego, w których określi zakres i miejsce wykonywania usługi należy przekazywać na adres e-mail:(jeśli dotyczy).

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zaproszenia i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz że zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
2. Oświadczam, że zawarty w zapytaniu ofertowym projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych w **Załączniku nr 3** do zapytania ofertowego - projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie wymagane informacje w zakresie przedmiotu zaproszenia do złożenia niniejszej oferty.



4. Oświadczam, że firma nasza spełnia wszystkie warunki określone w zaproszeniu oraz złożyliśmy wszystkie wymagane dokumenty potwierdzające spełnienie tych warunków.
5. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
6. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2022 r., poz. 835).
7. Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 7 ust. 1 lit. 1), 2), 3) ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego).
8. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.
9. Oświadczamy, że przetwarzamy dane osobowe zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), oraz zobowiązujemy się do poinformowania podwykonawców o konieczności przestrzegania przez nich w/w przepisów przy wykonywaniu przedmiotu zamówienia.
10. Oświadczam, że wypełnione zostały obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskujemy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia.
11. Oświadczam, że firma nasza należy do kategorii przedsiębiorców w rozumieniu art. 7 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców (t.j. DZ.U. z 2021, poz. 162) dot. definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (proszę zaznaczyć właściwą formę):
 - mikro przedsiębiorca
 - mały przedsiębiorca
 - średni przedsiębiorca
 - duży przedsiębiorca
12. Informuję, że krajem pochodzenia naszej firmy, zgodnie z normą PN-EN ISO 3166-12008P jest
(proszę wpisać kod np. PL42) województwo(proszę wpisać).



Jestem świadomy, że za składanie fałszywych oświadczeń grozi mi odpowiedzialność karna z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny”.

Do oferty załączam:

1.
2.
3.

.....
(Miejscowość, data, podpis, pieczęć)



Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard
województwo zachodniopomorskie

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 2/ZO/2023

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY

L.p.	Przedmiot zamówienia	Opis	Zamawiana ilość sztuk na rok	Jednostka miary	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto	Podatek VAT w %
1.	Zlecenie na przewóz	bloczek, format A5, samokopiujący, 100 kartek, miękka oprawa z kartonu o gramaturze min. 200g, bok klejony, wrywany od góry, według załączonego wzoru	100	bloczek					
2.	Karty uodpornień	format A4, sztywny biały papier o gramaturze minimum 250g, dwustronnie zadrukowany, według załączonego wzoru	500	arkusz-sztuka					
3.	Książeczki zdrowia dziecka	format A5, okładka ze sztywnego papieru o gramaturze min. 250g, według załączonego wzoru	500	książeczka-sztuka					
4.	Książka zabiegów fizjoterapeutycznych	format A4, miękka oprawa z kartonu o gramaturze min. 200g, 100 stron, szyta, lewa strona księgi to 1 strona załączonego wzoru, natomiast prawa strona księgi to 2 strona załączonego wzoru	50	księga-sztuka					

*niewłaściwe skreślić



Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard
województwo zachodniopomorskie

5.	Księga raportów pielęgniarstkich	format A4, miękka oprawa ze sztywnego papieru o gramaturze min. 200g, 100 stron, szyta, według załączonego wzoru	30	księga-sztuka					
6.	Księga raportów lekarskich	format A4, twarda oprawa o gramaturze minimum 300g, 100 stron., szyta i klejona, zabezpieczona na grzbiecie, według załączonego wzoru	20	księga-sztuka					
7.	Książka sekcyjna (zgonów)	format A4, twarda oprawa o gramaturze minimum 300g, 100 stron., szyta i klejona, zabezpieczona na grzbiecie, lewa strona księgi to 1 strona załączonego wzoru, natomiast prawa strona księgi to 2 strona załączonego wzoru	2	księga-sztuka					
8.	Karta do znieczulenia	format A4, poziom, miękka oprawa ze sztywnego papieru o gramaturze min. 200g, 100 stron, samokopia, bok klejony, wrywany od boku, według załączonego wzoru	70	bloczek					
9.	Protokół przekazania narzędzi i materiałów do sterylizacji	format A5, miękka oprawa ze sztywnego papieru o gramaturze min. 200g, 100 stron, klejony górny bok, wrywany od góry, według załączonego wzoru	40	księga-sztuka					
10.	Księga zabiogowa	format A4, miękka oprawa ze sztywnego papieru o gramaturze min. 200g, 100 stron, szyta, według załączonego wzoru	10	księga-sztuka					
11.	Karta opieki nad pacjentem po znieczuleniu w Sali nadzoru poznieczuleniowego	bloczek, format A4, papier zwykły, 100 kartek, miękka oprawa ze sztywnego papieru o gramaturze min. 200g, bok klejony, wrywany od góry, według załączonego wzoru	20	bloczek					



Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard
województwo zachodniopomorskie

12.	Potwierdzenie odbioru rzeczy chorego	bloczek, samokopiujący, format A6, 100 stron, wyrywany od góry, bok klejony, według załączonego wzoru	10	bloczek				
13.	Testy skórne punktowe	bloczek, samokopiujący, format A5, 100 stron, wyrywany od góry, bok klejony, według załączonego wzoru	5	bloczek				
14.	Książka zabiegów operacyjnych	format A4, miękka oprawa ze sztywnego papieru o gramaturze min. 200g, 100 stron, szyta (strona tytułowa z załącznika, druga strona z załącznika to strony 2-100)	20	księga-sztuka				
15.	Książka transfuzyjna	format A4, poziom, twarda oprawa o gramaturze minimum 300g, 100 stron, szyta i klejona, zabezpieczona na grzbiecie, według załączonego wzoru	5	księga-sztuka				
16.	Wniosek o urlop	bloczek A6, miękka oprawa ze sztywnego papieru o gramaturze min. 200g, bok klejony, wyrywany od boku, według załączonego wzoru	20	bloczek				
17.	Karta znieczulenia jednego dnia	format A4, poziom, miękka oprawa ze sztywnego papieru o gramaturze min. 200g, 100 stron, samokopia, bok klejony, wyrywany od boku, według załączonego wzoru	20	bloczek				
18.	Karta zleceń i obserwacji	format A3, poziom, pojedyncza kartka 80g, druk obustronny, według załączonego wzoru	1000	kartka				
19.	Karta testów skórnych PRICK	bloczek samokopiujący, format A5, 100 kartek, miękka oprawa ze sztywnego papieru o gramaturze min. 200g, bok klejony, wyrywany od boku, według załączonego wzoru	5	bloczek				



Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard
województwo zachodniopomorskie

20.	Książka wydanych materiałów ze sterylizatorni	gramaturze min. 200g, bok klejony, wrywany od boku, według załączonego wzoru							
21.	Receptariusz środki psychotropowe zielony	format A4, twarda oprawa o gramaturze minimum 300g, 100 stron, szyta i klejona, zabezpieczona na grzbiecie, według załączonego wzoru	10	księga-sztuka					
22.	Receptariusz narkotyki różowy	format A5, zielony kolor kartki o gramaturze 80g, bok klejony, wrywany od boku, według załączonego wzoru	5	blocek					
		format A5, różowy kolor kartki o gramaturze 80g, bok klejony, wrywany od boku, według załączonego wzoru	10	blocek					
Razem:									X
									X

.....
(Miejscowość, data, podpis, pieczęć)



Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard
województwo zachodniopomorskie

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego nr 2/ZO/2023

UMOWA nr 2023

zawarta w dniu roku pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Stargardzie z siedzibą w Stargardzie przy ulicy Wojska Polskiego 27, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym Szczecin – Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000005388, NIP 854-19-38-710, Regon: 000304562, reprezentowanym przez:

1.

zwanym w dalszej części umowy „Zamawiającym”,

a

..... reprezentowanym przez:

1.

zwanym dalej „Wykonawcą”

Umowa zostaje zawarta w wyniku przeprowadzenia postępowania na realizację zadania zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11.09.2019r. - o nazwie: Zakup i dostawę druków na potrzeby SPWZOZ w Stargardzie w okresie 12 miesięcy

następującej treści:

§ 1. Przedmiot Umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest sprzedaż i sukcesywna dostawa druków na potrzeby SPWZOZ w Stargardzie w okresie 12 miesięcy.
2. Wykonawca gwarantuje, że Przedmiot Umowy nie jest obciążony prawami osób trzecich, jest dobrej jakości, zgodny z opisem zawartym w Załączniku nr 2 Formularz asortymentowo- cenowym oraz z Załącznikiem nr 7 Wzory druków do Zapytania ofertowego nr 2/ZO/2023.
3. Wykonawca w okresie obowiązywania umowy zobowiązuje się do sprzedaży dokonywanej partiami, a Zamawiający zobowiązuje się nabywać na własność produkty w asortymencie i po cenach określonych w Załączniku nr 2. Cena obejmuje: podatek VAT, koszty załadunku, dostawy, rozładunku, wniesienia towaru do miejsca wskazanego przez Zamawiającego, ubezpieczenia, wszystkie rabaty, upusty, podatki i inne jeżeli występują.
4. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwiększenia zamówienia w stosunku do jednej z pozycji, z jednoczesnym zmniejszeniem zamówienia w stosunku do innej pozycji, w ramach całego przedmiotu zamówienia, określonego w Załączniku nr 2 do umowy.
5. Stopień realizacji niniejszej Umowy uzależniony jest od bieżących i faktycznych potrzeb Zamawiającego wynikających z jego działalności, przy czym ewentualne zmniejszenie lub zwiększenie stopnia realizacji Umowy nie może być większe niż o 20% w stosunku do wartości brutto wynagrodzenia za całość przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 1.



6. Wykonawcy nie przysługują żadne roszczenia w wypadku zamówienia przez Zamawiającego mniejszej ilości Przedmiotu Umowy, niż ilości wynikające z Załącznika nr 2 do niniejszej Umowy, w szczególności roszczenia o wynagrodzenie czy odszkodowanie.
7. Wykonawca oświadcza, iż przedmiot umowy, wskazany w ust.1, spełnia wymogi określone przez Wykonawcę w ofercie, którą złożył on w odpowiedzi na zaproszenie ofertowe, w wyniku którego zawarto niniejszą umowę.
8. Wykonawca zobowiązany jest do zachowania należytej staranności przy realizacji niniejszej umowy.
9. Oferta Wykonawcy stanowi Załącznik do niniejszej umowy.

§ 2 Realizacja przedmiotu umowy

1. Dostawy Przedmiotu Umowy będą odbywały się przez okres 12 miesięcy licząc od daty zawarcia Umowy, w dni robocze, w godzinach od 8.00 do 14.00. Pod pojęciem „dni robocze” Strony rozumieją dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Osobami upoważnionymi do odbioru i rozliczenia ilości towaru jest pracownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia lub inna osoba wyznaczona przez Zamawiającego.
2. Zamawiający będzie określał na bieżąco, odrębnymi zamówieniami przekazywanymi Wykonawcy na piśmie lub drogą elektroniczną, asortyment i ilości zamawianego Przedmiotu Umowy.
3. Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w terminie nie dłuższym niż dni roboczych od chwili otrzymania zamówienia.
4. Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostaw do siedziby Zamawiającego (z rozładunkiem i wniesieniem we wskazane przez Zamawiającego miejsce), ponosząc koszty i ryzyko transportu.
5. Asortyment i ilość dostarczanego Przedmiotu Umowy musi odpowiadać złożonemu przez Zamawiającego zamówieniu na dostawę.
6. Wykonawca zobowiązuje się dostarczać Przedmiot Umowy w odpowiednich opakowaniach oraz transportem zapewniającym należyte zabezpieczenie jakościowe.
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo zwrotu Przedmiotu Umowy niezgodnego z zamówieniem, z jednoczesnym wyznaczeniem Wykonawcy nowego terminu dostawy, co nie zwalnia Wykonawcy od obowiązku zapłaty kary umownej określonej w § 6 ust. 1.
8. Reklamacje ilościowe Zamawiający będzie zgłaszać Wykonawcy pisemnie lub drogą elektroniczną niezwłocznie po dokonaniu odbioru zamówionej dostawy. Wykonawca na własny koszt uzupełni przedmiot dostawy w ciągu 5 dni od chwili otrzymania reklamacji od Zamawiającego. W przypadku gdyby reklamowany asortyment podlegał zwrotowi do Wykonawcy, zwrot odbywać się będzie na koszt Wykonawcy.
9. Reklamacje jakościowe Zamawiający będzie zgłaszać Wykonawcy pisemnie lub drogą elektroniczną wraz z uzasadnieniem niezwłocznie. W razie zgłoszenia reklamacji jakościowej, Zamawiający informując Wykonawcę o stwierdzonej wadliwości, wstrzymuje jednocześnie zapłatę za zakwestionowany Przedmiot Umowy (do momentu wymiany Przedmiotu Umowy na wolny od wad).
10. Wykonawca zobligowany jest do dokonania wymiany na własny koszt wadliwego wyrobu wchodzącego w skład Przedmiotu Umowy na zgodny z zamówieniem i wolny od wad lub też pisemnej odmowy uznania reklamacji w terminie 5 dni od daty jej otrzymania. Brak pisemnej odmowy uznania reklamacji w tym terminie jest uważany za uznanie reklamacji przez Wykonawcę.
11. Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia ciągłości dostaw w okresie trwania umowy. W przypadku wystąpienia okoliczności niezależnych od Wykonawcy, niezwłocznie powiadomi on o tym Zamawiającego oraz



...poda datę dostawy.

12. W przypadku, gdy Wykonawca nie będzie dostarczał wyrobu będącego przedmiotem umowy Zamawiający będzie miał prawo dokonać zakupu wyrobu u innego sprzedawcy. Jeżeli koszt zakupu będzie wyższy od kosztu zakupu w ramach niniejszej umowy, powstałą różnicą zostanie obciążony Wykonawca.

§ 3 Wartość umowy

1. Za dostawę Przedmiotu Umowy będą stosowane ceny jednostkowe takie jak w złożonej przez Wykonawcę ofercie cenowej i określone w **Załączniku nr 2** do niniejszej Umowy stanowiącym jej integralną część.
Łączną wartość netto (bez podatku VAT) za całość Przedmiotu Umowy ustala się w wysokości
słownie:.....
Łączną wartość brutto (z podatkiem VAT) za całość Przedmiotu Umowy ustala się w wysokości.....
słownie:.....
2. Ceny jednostkowe brutto, o których mowa w ust. 1 nie mogą ulec podwyższeniu do czasu dostawy całości Przedmiotu Umowy. Podwyższenie cen jednostkowych brutto w stosunku do oferty upoważnia Zamawiającego do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym bez odszkodowania na rzecz Wykonawcy. Obniżenie ceny jednostkowej brutto może nastąpić w każdym czasie bez względu na przyczynę obniżenia.
3. Ceny jednostkowe brutto, o których mowa w ust. 1, obejmują wszelkie koszty realizacji niniejszej Umowy i zawierają w szczególności wartość Przedmiotu Umowy, koszty opakowań, obowiązujące opłaty podatkowe oraz wszelkie koszty związane z dostawą, rozładunkiem i wniesieniem Przedmiotu Umowy do pomieszczenia wskazanego przez Zamawiającego.

§ 4 Warunki płatności

1. Za zrealizowane dostawy Zamawiający zapłaci Wykonawcy wynagrodzenie ustalone każdorazowo jako iloczyn obowiązujących cen jednostkowych brutto, określonych w **Załączniku nr 2** do niniejszej Umowy oraz faktycznie zamówionego i dostarczonego przez Wykonawcę ilości Przedmiotu Umowy, płatne miesięcznie na podstawie prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę i dostarczonej do Zamawiającego faktury VAT.
2. Zapłata za dostawę zamówienia następować będzie na podstawie prawidłowo wystawionej przez niego faktury VAT przelewem na rachunek Wykonawcy wskazany na fakturze.
3. Zapłata za dostawy zrealizowane w danym miesiącu odbywać się będzie na podstawie zbiorczej faktury obejmującej miesiąc kalendarzowy, w terminie 60 dni od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej, zbiorczej faktury Zamawiającemu.
4. Za dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
5. Zapłata wynagrodzenia przysługuje Wykonawcy wyłącznie za rzeczywiście dostarczony i odebrany przez Zamawiającego Przedmiot Umowy. W przypadku, gdy suma poszczególnych zamówień nie wyczerpuje kwot, o których mowa w § 3 ust. 1, Wykonawcy nie przysługuje jakiegokolwiek dodatkowe roszczenie o zapłatę.
6. Ceny jednostkowe za asortyment określone w Załączniku do umowy nie mogą ulegać podwyższeniu przez cały okres obowiązywania umowy.

§ 5 Cesja

1. Wykonawca nie może przenieść na inną osobę swoich wierzycielności wynikających z niniejszej Umowy. Ewentualna czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela Zamawiającego (np. cesja wierzycielności i/lub należności



ubocznych przysługujących Wykonawcy na podstawie niniejszej umowy) może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu zgody przez podmiot, który utworzył Zamawiającego.

2. Zlecenie wykonania części Przedmiotu Umowy podwykonawcom nie zmienia zobowiązań Wykonawcy względem Zamawiającego. Wykonawca będzie odpowiedzialny za działania i zaniechania podwykonawców jak za własne działania lub zaniechania.

§ 6 Kary umowne

1. Wykonawca zapłaci na rzecz Zamawiającego karę umowną w przypadku niedotrzymania terminu wykonania dostawy Przedmiotu Umowy określonego w § 2 ust. 3, w wysokości 0,2% wartości brutto opóźnionej dostawy za każdy dzień zwłoki, nie więcej jednak niż 10% łącznej wartości brutto Umowy, o której mowa w § 3 ust. 1.
2. Wykonawca zapłaci na rzecz Zamawiającego karę umowną za zwłokę w uzupełnieniu braków ilościowych lub usunięciu wad ujawnionych w asortymencie, w ramach postępowania reklamacyjnego, o którym mowa w § 2 ust. 8 - 10, w wysokości 0,2 % wartości brutto przedmiotu zamówienia objętego reklamacją za każdy dzień zwłoki w uzupełnieniu lub wymianie ponad termin określony w Umowie, nie więcej jednak niż 10% łącznej wartości brutto Umowy, o której mowa w § 3 ust. 1.
3. W przypadku odstąpienia przez Zamawiającego lub Wykonawcę od Umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci na rzecz Zamawiającego karę umowną w wysokości 10% łącznej wartości brutto Umowy, o której mowa w § 3 ust. 1.
4. Kara umowna będzie płatna na podstawie noty obciążeniowej, w terminie wskazanym w nocie. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia po uprzednim wezwaniu Wykonawcy do zapłaty.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonych kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
6. Odstąpienie od Umowy przez Zamawiającego lub Wykonawcę nie powoduje wygaśnięcia obowiązku Wykonawcy zapłaty ewentualnych kar umownych powstałych i obliczonych zgodnie z regulacją ust. 1 lub ust. 2.
7. Łączna wartość kar umownych naliczonych Wykonawcy na podstawie niniejszej umowy nie może przekroczyć 20% łącznej wartości brutto umowy, o której mowa w § 3 ust. 1.

§ 7

1. Co najmniej trzykrotne niewypełnienie warunków Umowy przez Wykonawcę, w tym w szczególności nieterminowe lub niezgodne z zamówieniem pod względem jakości, rodzaju Przedmiotu Umowy, bądź jego ilości realizowanie dostaw, a także inne istotne, powtarzające się uchybienia w trakcie realizacji Umowy dają podstawę Zamawiającemu do rozwiązania Umowy ze skutkiem natychmiastowym. W niniejszej sytuacji ma zastosowanie odpowiednio § 6 ust. 3.
2. W sytuacji, o której mowa w ustępie poprzedzającym, Wykonawcy przysługiwać będzie wynagrodzenie wyłącznie z tytułu faktycznie zrealizowanej części Umowy.

§ 8 Zmiany umowy

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności i będą wprowadzane do umowy stosownym aneksem.
2. Oprócz zmian niniejszej Umowy, możliwych do dokonania w oparciu o art. 455 ust. 1 i 2 Prawa zamówień



publicznych, Zamawiający przewiduje możliwość zmiany postanowień zawartej Umowy w następujących przypadkach:

- 1) w przypadku niezrealizowania Umowy pod względem ilościowym, strony dopuszczają wydłużenie jej obowiązywania maksymalnie do sześciu miesięcy, licząc od określonej w § 9 pierwotnej daty zakończenia jej obowiązywania.
3. Zamawiający dopuszcza możliwość zwiększenia zakresu świadczeń Wykonawcy ponad wynikające z niniejszej umowy poprzez zwiększenie ilości zamawianego asortymentu, stanowiącego przedmiot Umowy z możliwością wydłużenia okresu obowiązywania umowy. W przypadku, o którym mowa w niniejszym ustępie, zmiana wartości wynagrodzenia należnego Wykonawcy nie przekroczy 20% wartości brutto wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 1 Umowy, a wydłużenie terminu obowiązywania umowy - 3 miesięcy.
4. Nie stanowi zmiany niniejszej Umowy zmiana danych teleadresowych Stron i jest ona dokonywana poprzez oświadczenie na piśmie złożone drugiej Stronie o dokonaniu zmiany.
5. Zmiany zawartej umowy mogą nastąpić w przypadku:
 - 1) gdy ulegnie zmianie stan prawny w zakresie dotyczącym realizowanej umowy, który spowoduje konieczność zmiany sposobu wykonania obowiązków stron;
 - 2) wystąpią przeszkody o charakterze obiektywnym (zdarzenia nadzwyczajne, zewnętrzne i niemożliwe do zapobieżenia w tym mieszczące się w zakresie pojęciowym tzw. „siły wyższej”) np. pogoda uniemożliwiająca wykonanie umowy, inne zdarzenia niezawinione przez żadną ze stron umowy, strony mają prawo do skorygowania uzgodnionych zobowiązań i przesunąć termin realizacji maksymalnie o czas trwania przeszkody, strony zobowiązują się do natychmiastowego poinformowania się nawzajem o wystąpieniu ww. przeszkód;
 - 3) zmiany potrzeb Zamawiającego uzasadniających zmniejszenie lub zmianę przedmiotu zamówienia, jeżeli zmiana ta nie będzie niekorzystna dla Zamawiającego.
6. Niezależnie od uprawnienia do odstąpienia od umowy przysługującego Zamawiającemu na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego, Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy (lub od jej części) w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy. W tym ostatnim przypadku Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
7. Odstąpienie od umowy nastąpi w formie pisemnej pod rygorem nieważności i jest skuteczne z chwilą doręczenia go Wykonawcy, zaś w przypadku odmowy przyjęcia pisma lub niepodjęcia korespondencji wysłanej na adres Wykonawcy, po upływie 7 dni od dnia, w którym Wykonawca mógł zapoznać się z treścią pisma.
8. W przypadku odstąpienia od umowy, Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia za część umowy wykonaną do daty odstąpienia od umowy — naliczonego zgodnie z Załącznikiem do umowy.
9. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy w przypadku:
 - 1) zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie art. 2 ust. 3 – 5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, w przypadku gdy zmiana ta będzie miała wpływ na koszty wykonania umowy po stronie Wykonawcy. Warunkiem dokonania zmiany wysokości wynagrodzenia będzie skierowanie do Zamawiającego pisemnego wniosku Wykonawcy zawierającego uzasadnienie i szczegółowy sposób wyliczenia nowych cen oraz wpływ zmiany na wynagrodzenie Wykonawcy. Zamawiający dopuszcza możliwość odpowiedniej zmiany wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy maksymalnie o 50% kwoty stanowiącej różnicę między nowo obowiązującą, a dotychczasową



- wysokością minimalnego wynagrodzenia za pracę, jednakże wyłącznie za okres po wejściu w życie zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę,
- 2) zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, w przypadku gdy zmiana ta będzie miała wpływ na koszty wykonania umowy po stronie Wykonawcy. Warunkiem dokonania zmiany wysokości wynagrodzenia będzie skierowanie do Zamawiającego pisemnego wniosku Wykonawcy zawierającego uzasadnienie i szczegółowy sposób wyliczenia nowych cen oraz wpływ zmiany na wynagrodzenie Wykonawcy. Zamawiający dopuszcza możliwość odpowiedniej zmiany wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy maksymalnie o 50% kwoty stanowiącej rzeczywisty koszt Wykonawcy związany ze zmianą zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, jednakże wyłącznie za okres po wejściu w życie zmian zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.
 - 3) zmiany zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych, w przypadku gdy zmiana ta będzie miała wpływ na koszty wykonania umowy po stronie Wykonawcy. Warunkiem dokonania zmiany wysokości wynagrodzenia będzie skierowanie do Zamawiającego pisemnego wniosku Wykonawcy zawierającego uzasadnienie i szczegółowy sposób wyliczenia nowych cen oraz wpływ zmiany na wynagrodzenie Wykonawcy. Zamawiający dopuszcza możliwość odpowiedniej zmiany wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy maksymalnie o 50% kwoty stanowiącej rzeczywisty koszt Wykonawcy związany ze zmianą zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, jednakże wyłącznie za okres po wejściu w życie zmian zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.
 - 4) jeżeli w 4 miesiącu od podpisania umowy lub późniejszym, suma zmian wartości miesięcznych wskaźników cen produkcji sprzedanej przemysłu ogółem (miesiąc do miesiąca poprzedniego), wyniesie powyżej 5% w stosunku do miesiąca w którym podpisano umowę, która nie była wcześniej waloryzowana;
 - 5) jeżeli w okresie od poprzedniej waloryzacji upłynęło 3 miesiące i nastąpiła kolejna zmiana sumy wartości miesięcznych wskaźników cen produkcji sprzedanej przemysłu ogółem (miesiąc do miesiąca poprzedniego), powyżej 5% w stosunku do miesiąca, w którym dokonano waloryzacji ceny dla ceny, która była wcześniej waloryzowana.
10. Zmiana wysokości wynagrodzenia na zasadach określonych w ust. 9 dopuszczalna jest, jeżeli Wykonawca wykaże, że zmiany wymienione w tym ustępie, mają wpływ na koszty wykonania umowy po stronie Wykonawcy, a maksymalna wartość zmiany wynagrodzenia, jaką dopuszcza Zamawiający w efekcie zastosowania postanowień o zasadach wprowadzania zmian wysokości wynagrodzenia, o których mowa w ust. 9 wynosi do 50% wynagrodzenia wskazanego w umowie.

§ 9

Umowa obowiązuje od dnia jej zawarcia tj. od dnia przez okres 12 miesięcy tj. do dnia lub do wyczerpania łącznej wartości brutto za całość Przedmiotu Umowy, określonej w § 3 ust. 1, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.



§10 Klauzula RODO

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) Zamawiający informuje, że:
 - 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Stargardzie,
 - 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@zozstargard.pl,
 - 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelaria prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem). Odbiorcami danych będą także osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 18 oraz art. 80 ustawy z dnia 11. 09. 2019 r. – Prawo Zamówień Publicznych (PZP),
 - 4) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
 - 5) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
2. Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO Zamawiający informuje, że:
 - 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy PZP, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy albo w przypadku zamówień realizowanych w ramach projektów (np. współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej) przez okres wskazany w wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków,
 - 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia danych lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
 - 3) podanie danych osobowych jest obowiązkowe, aby zrealizować ww. cel. Konsekwencje niepodania danych określa ustawa PZP,
 - 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.
3. Wykonawca wypełni obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO stanowiący informacje znajdującą się na stronie internetowej Samodzielnego Publicznego Wielospecjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stargardzie pod adresem www.zozstargard.pl, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu realizacji niniejszej.

§ 11 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny.
2. Ewentualne spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.
3. Strony zgodnie oświadczają, że wszelka korespondencja pomiędzy nimi winna być kierowana na adresy wskazane



Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard
województwo zachodniopomorskie

w nagłówku niniejszej umowy.

4. Wykonawca zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Zamawiającego na piśmie o zmianie adresu swojej siedziby oraz adresu dokonywania doręczeń. W przypadku braku takiej informacji, wszelkie pisma i przesyłki wysłane na adres Wykonawcy wskazany w niniejszej Umowie będą uznawane za doręczone.

§12

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

WYKONAWCA:

ZAMAWIAJĄCY:



Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard
województwo zachodniopomorskie

Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego nr 2/ZO/2023

Wykaz wykonanych dostaw

L.p.	Przedmiot	Data wykonania	Zamawiający (odbiorca), adres, tel/e-mail	Wartość brutto wykonanej dostawy
1.				
2.				

UWAGA:

- 1) Wykonawca musi wykazać wykonanie co najmniej 2 dostaw asortymentu dotyczących przedmiotu zamówienia.
- 2) Minimalna wartość brutto wykonanych lub wykonywanych dostaw wymaganych przez Zamawiającego nie może być niższa niż 5 000,00 zł dla każdej z dostaw.
- 3) Należy załączyć oświadczenie, referencje lub inny dokument potwierdzający fakt należytego wykonania wykazanych wyżej dostaw na wykazaną powyżej kwotę.



Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego nr 2/ZO/2023

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie, ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard.
2. Inspektorem ochrony danych osobowych w Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Stargardzie jest Pan Patryk Tomczak kontakt: adres e-mail: iod@zozstargard.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego:
 - a) w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
 - b) w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) sprostowania danych,
 - b) usunięcia danych,
 - c) ograniczenia przetwarzania danych,
 - d) przenoszenia danych,
 - e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
 - f) wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza powszechnie obowiązujące przepisy w tym zakresie.Realizacja wyżej wymienionych praw odbywa się poprzez złożenie pisemnego podania do Zamawiającego.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże jest niezbędne do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości wzięcia udziału w postępowaniu.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia.

Ponadto Wykonawca winien w imieniu i na rzecz Administratora wypełnić obowiązek informacyjny wynikający z art. 14 RODO względem osób fizycznych, których dane przekazuje Zamawiającemu (Administratorowi), chyba że ma zastosowanie co najmniej jedno z wyłączeń, o których mowa w art. 14 ust. 5 RODO.



Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard
województwo zachodniopomorskie

Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego nr 2/ZO/2023

Wzory druków

Pieczałka zakładu leczniczego (szpitala)

Stargard, dnia

ZLECENIE NA PRZEWÓZ

Do

w

Proszę o przewiezienie

w dniu o godz. z

oddziału w pozycji

do powrót
(Miejsce zamieszkania - nazwa zakładu, szpitala, adres)

Podpis kierującego

Rozpoznanie

Transport sanitarny/samochodowy	
Zlecono przewóz o godzinie ..... : .....	..... (Podpis zlecającego)
Odebrano o godzinie :	
Transport zrealizowano o godzinie ..... : .....	..... (Podpis wykonawcy)

Zalecenia zlecającego

Zlecający

Ordynator (Dyrektor)

KARTA UODPORNIEŃ

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL	<i>nazwisko</i>	<i>imię</i>	Data urodzenia		
	.....	.....	dzień	miesiąc	rok
	<i>nr PESEL</i>	.....	.....	.....	.....

Obowiązkowe szczepienia ochronne

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Miejsce podania szczepionki	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
noworodek	gruźlica BCG					
	wzw B – 1. dawka					
2 miesiąc życia	wzw B – 2. dawka					
	DTP – 1. dawka					
	Hib – 1. dawka					
	pneumokoki – 1. dawka					
3 – 4 miesiąc życia	DTP – 2. dawka					
	Hib – 2. dawka					
	polio IPV – 1. dawka					
	pneumokoki – 2. dawka					
5 – 6 miesiąc życia	DTP – 3. dawka					
	Hib – 3. dawka					
	polio IPV – 2. dawka					
7 miesiąc życia	wzw B – 3. dawka					
13 – 14 miesiąc życia	odra, świnka, różyczka – 1. dawka					
	pneumokoki – 3. dawka					
16 – 18 miesiąc życia	DTP – 4. dawka					
	polio IPV – 3. dawka					
	Hib – 4. dawka					
6 rok życia	DTaP – 1. dawka przypominająca					
	polio OPV					
	odra, świnka, różyczka – 2. dawka przypominająca					
14 rok życia	Td – 2 dawka przypominająca					
19 rok życia	Td – 3 dawka przypominająca					

Pieczęć zakładającego kartę, nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie, nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie, nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie, nr kontraktu
od..... do.....	od..... do.....	od..... do.....	od..... do.....

Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczęć nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r. poz 186 z późn. zm.)

Nazwisko imię

Nr telefonu:

Adres zamieszkania	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
	1.....	.....	.....	.....	.....
	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
	2.....	.....	.....	.....	.....
	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
	3.....	.....	.....	.....	.....

Inne szczepienia ochronne

Typ szczepienia/szczepienie przeciw	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia oraz miejsce podania szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

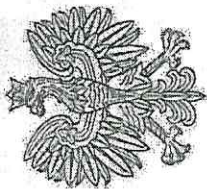
Szczepienie przeciw	Data stwierdzenia	Data ustania	Rodzaj przeciwwskazania	Podpis lekarza kwalifikującego

Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce		Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce	
		nazwa	data szczepienia			nazwa	data szczepienia

Powiadomienie o szczepieniu

Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------



KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA

Ministerstwo Zdrowia

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'P' or similar character.

NOTATKI

1. Książeczkę zdrowia dziecka należy przechowywać w sposób uniemożliwiający osobom nieuprawnionym dostęp do zawartych w niej informacji.
2. Książeczkę zdrowia dziecka należy okazywać przy każdej wizycie patronażowej, badaniu profilaktycznym, w tym również badaniu stomatologicznym, wizycie w poradni specjalistycznej oraz w szpitalu, w celu dokonania wpisu przez lekarza, położną lub pielęgniarkę, a także w innych przypadkach, gdy zawarte w niej informacje są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
3. Obowiązkiem rodziców jest zgłaszanie się z dzieckiem na szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284, 322, 374 i 567).
4. Wykonane szczepienia należy odnotować w książeczce szczepień wydanej na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, dołączonej do książeczki zdrowia dziecka.

Spis treści

Dane osobowe dziecka	5
Dane rodziców/opiekunów dziecka	5
Okres prenatalny (ciąża)	6
Poród	8
Stan noworodka po urodzeniu	9
Observacja noworodka w szpitalu	10
Dodatkowa informacja o pobycie w szpitalu	11
Dane noworodka w dniu wypisu ze szpitala albo przekazania opieki nad dzieckiem urodzonym w warunkach pozaszpitalnych pod opiekę późniejszej podstawowej opieki zdrowotnej	12
Wizyty patronażowe	15
Wizyty profilaktyczne 0–4. rok życia	21
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej dziecka do ukończenia 4. roku życia	37
Wizyty profilaktyczne 5–19. rok życia	38
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej	50
Przebyte choroby zakaźne	52
Konsultacje specjalistyczne	53
Uczulenia i reakcje anafilaktyczne	55
Hospitalizacje	56
Zaopatrzenie w wyroby medyczne	58
Zwolnienia z zajęć sportowych	59
Uwagi	61
Procedury radiologiczne	62
Siatki centylowe	64

10

Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia

TERMIN KOLEJNEGO SZCZEPIONIA

TERMINY KOLEJNYCH WIZYT PROFILAKTYCZNYCH

Przebieżony termin	Rodzaj wizyty (szczepienie, bilans)	Podpis osoby dokonującej wpisu

PRZECIWWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Szczepienie przeciw	Data stwierdzenia	Data ustania	Rodzaj przeciwwskazania	Podpis lekarza kwalifikującego

NIEPOŻĄDANE ODCZYNY POSZCZEPIENNE

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce	
		nazwa	data szczepienia

INNE SZCZEPIENIA OCHRONNE

Typ szczepienia / szczepienie przeciw	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis wykonującego

I. DANE OSOBOWE DZIECKA

1. Nazwisko
2. Imię/imiiona
3. Data urodzenia (rr-rr-mm-dd-gg-mm)
4. Miejsce urodzenia
5. Płeć: męska żeńska

6. Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Grupa krwi i czynnik Rh^D

Wpisane na podstawie badania nr.....

Data

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

II. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW DZIECKA

1. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego
2. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego
3. Numery telefonów kontaktowych rodziców/opiekunów prawnych

¹⁾ Jeżeli oznaczono po urodzeniu.

III. OKRES PRENATALNY (CIAŻA)

1. Wiek matki
2. Grupa krwi czynnik Rh matki
3. Podano immunoglobuliny anti-RhD: tak nie
 profilaktyka śródciążowa: tak nie
 profilaktyka poporodowa: tak nie
4. Ciąża (kórta z kolei) pojedyncza wielopłodowa
5. Narażenie na czynniki szkodliwe w czasie ciąży
6. Szczepienia wykonane w czasie ciąży
 (rodzaj czynnika, czas trwania i wiek ciąży)
7. Leki przyjmowane w czasie ciąży (dawki, okres przyjmowania; wiek ciąży)
8. Przebieg ciąży:
 - nieprawidłowości ępowiny
 - nieprawidłowości łożyska
 - wielowodzie
 - małowodzie
 - hipotrofia płodu:
 - wczesna
 - późna
 - symetryczna
 - asymetryczna
 - wady w budowie ciała płodu
 - nieprawidłowe położenie płodu

Pieczęć zakładającego książeczkę nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu			
od	od	od	od			
do	do	do	do			
Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczęć nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016r. poz. 186; z późn. zm.)						
Nazwisko		Imię				
Nr telefonu						
Adres zamieszkania	1.	kod pocztowy	miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu
	2.	kod pocztowy	miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu
	3.	kod pocztowy	miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
6. rok życia	DTaP - 1. dawka przyjmująca				
	polio OPV				
	odra, świnka, różyca - 2. dawka przyjmująca				
14. rok życia	Td - 2. dawka przyjmująca				
19. rok życia	Td - 3. dawka przyjmująca				

6

- osłabione ruchy płodu
- zaburzenia czynności serca płodu
- niedokrwiłość
- niedoczynność tarczycy
- nadczynność tarczycy
- cukrzyca ciężarnych
- cukrzyca typu I
- cukrzyca typu II
- cholestaza
- zespół HELLP
- choroby serca
- nadciśnienie tętnicze przewlekłe
- nadciśnienie tętnicze ciężowe
- stan przedrzucawkowy
- rzucawka
- drgawki
- omdlenia
- konflikt serologiczny
- leczenie wewnątrzmaciczne płodu
- białkomocz
- inne

Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

IV. PORÓD

1. Miejsce urodzenia: szpital dom inne
2. Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą
3. Ukończony tydzień ciąży
4. Poród: spontaniczny indukowany
 pojedynczy mnogi dziecko, które z kolei
 siłami natury
 zabiegowy: kleszcze vacuum pomoc ręczna
 operacyjny (cięcie cesarskie): nagie elektryczne
5. Wskazania do porodu zabiegowego albo operacyjnego:
 nieprawidłowe położenie/łożenie płodu nieprawidłowa czynność skurczowa
 macicy stan septyczny krwawienie w I okresie
 inne
6. Objawy zagrożenia płodu
7. Czas trwania I okresu czas trwania II okresu
8. Płyn owodniowy: przejrzysty mętny zielony żółty krwisty
 cuchnący brak
 odpłynął: w czasie porodu godzin przed porodem
9. Sposób łagodzenia bólu porodowego
10. Leki stosowane w czasie porodu
11. Pobrano krew poporodową: tak nie
12. Uwagi

Data Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
16. - 18. miesiąc życia	DTP - 4. dawka				
	polio IPV - 3. dawka				
	Hib - 4. dawka				

V. STAN NOWORODKA PO URODZENIU

1. Urodzeniowa masa ciała g (zaznaczyć na siatce centy(owej))
2. Długość ciała cm
3. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centy(owej))
4. Obwód klatki piersiowej cm
5. Ocena wg skali Apgar:

Minuta życia:	1.	3.	5.	10.	(odchylenia w badaniu):
Czynność serca					
Oddech					
Napięcie mięśni					
Odruchy					
Zabarwienie skóry					
RAZEM pkt					

6. Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu:

- odśluszuwanie
- osuszenie
- zaopatrzenie pepowiny
- profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka
- podanie witaminy K
- podanie tlenu
- sztuczna wentylacja
- intubacja
- masaż serca
- cewnikowanie naczyń pepowinowych

od do min
 od do min
 w min
 od do min

7. Krew pepowinowa (tętnica, żyła): pH BE inne

8. Saturacja %

9. Echo serca (gdy saturacja poniżej 96%)

10. Leki

11. Kontakt noworodka z matką „skóra do skóry”: tak nie

Czas trwania, jeżeli krócej niż 2 godziny powód przerwania:

12. Czy dziecko zaczęło ssać piersi: tak nie

Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
5. - 6. miesiąc życia	DTP - 3. dawka				
	Hib - 3. dawka				
	Polio IPV - 2. dawka				
	WZWB - 3. dawka				
7. miesiąc życia					
13. - 14. miesiąc życia	odra, świnka, różyczka - 1. dawka				

VI. OBSERWACJA NOWORODKA W SZPITALU

1. Najmniejsza masa ciała g w dobie
2. Karmienie: naturalne sztuczne mieszane preparat
3. Koordynacja procesu ssania – polykaniem: zadowalająca niezadowalająca
 dziecko żywo: tak nie
 rytm sen – czuwanie: prawidłowy nieprawidłowy
 adekwatne do sytuacji reakcje na:
 dźwięk: tak nie
 dźwięk: tak nie
 światło: tak nie
 zmianę pozycji ciała: tak nie
4. Zółtaczka fizjologiczna: od do doby
 Maksymalne stężenie bilirubiny w dobie
5. Smółka
6. Inne
7. Badanie lekarskie przedmiotowe
8. Poszerzone badanie kliniczne noworodka data i godzina
9. Uwagi
10. Wyniki badań dodatkowych
11. Stan pediatryczny wymagający przejściowej obserwacji (do 7 dni)
12. Rozpoznanie i epikryza

Data

Oznaczenie lekarza

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
3. - 4. miesiąc życia	DTP - 2. dawka				
	Hib - 2. dawka				
	polio IPV - 1. dawka				
	pneumokoki - 2. dawka				

VII. DODATKOWA INFORMACJA O POBYCIE W SZPITALU

Rozpoznanie i epikryza

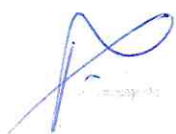
Oznaczenie lekaiza

Data

2

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
Noworodek	Gruźlica BCG				
	wzw B - 1. dawka				
2. miesiąc życia	wzw B - 2. dawka				
	DTP - 1. dawka				
	Hib - 1. dawka				
	pneumokoki - 1. dawka				

OBOWIĄZKOWE SZCZEPIENIA OCHRONNE



VIII. DANE NOWORODKA W DNIU WYPISU ZE SZPITALA ALBO PRZEKAZANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM URODZONYM W WARUNKACH OPIEKI POZASZPITALNYCH POD OPIEKĘ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Data (rrrr-mm-dd)
2. Wiek kalendarzowy Wiek postkoncepcyjny²⁾
3. Masa ciała g (zaznaczyc na skali centyowej)
4. Długość ciała cm
5. Obwód głowy cm (zaznaczyc na skali centyowej)
6. Ciężnię przednie szwy czaszkowe
7. Badanie przedmiotowe

8. Noworodek wypisany ze szpitala: do domu do innego oddziału na żądanie rodziców

9. Stan noworodka w dniu wypisu albo przekazania opieki: zdrowy, bez zastrzeżeń wymaga dalszej obserwacji, diagnozowania albo leczenia

10. Wykonano szczepienia obowiązkowe: tak nie

11. Badania przesiewowe:

Pobrano krew na białutę: tak nie

Kod białuty³⁾ I i data pobrania

Kod białuty³⁾ II i data pobrania (na wezwanie)

Białutę z kodem³⁾

Przekazano do

12. Inne badania wykonane w dniu wypisu

Badanie słuchu I

Data badania (rrrr-mm-dd)

Wynik badania: prawidłowy nieprawidłowy

Badanie słuchu II

Data badania (rrrr-mm-dd)

Wynik badania: prawidłowy nieprawidłowy

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.
³⁾ Może być wklejony.

Książeczka szczepień



Nazwisko i imię, nr PESEL, lub nr dokumentu tożsamości
- w przypadku osób nieposiadających nr PESEL.

Nazwisko

Imię

Nr PESEL

Data urodzenia

Dzień

Miesiąc

Rok

NOTATKI

13. Wrodzone wady rozwojowe.....
Zgłoszono do rejestru wrodzonych wad rozwojowych w dniu.....
14. Zlecone konsultacje specjalistyczne i badania:
USG stawów biodrowych
Badanie okulistyczne⁴⁾
Inne
15. Przepisane leki, witaminy.....
16. Karmienie:
wyłącznie piersią
mieszane
sztuczne
skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej.....
17. Zalecenia lekarskie.....
18. Zalecenia pielęgnacyjne.....
19. Poinformowano o czynnikach ryzyka nagłej śmierci łóżeczkowej: tak nie
20. Przeprowadzono instruktaż karmienia piersią: tak nie
21. Poinformowano o konieczności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:
tak nie
22. Poinformowano o konieczności wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:
tak nie

⁴⁾ W przypadku niemowląt urodzonych przed 32. tygodniem ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g albo niemowląt urodzonych przed 36. tygodniem ciąży z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej pielęgnacji i fototerapii.

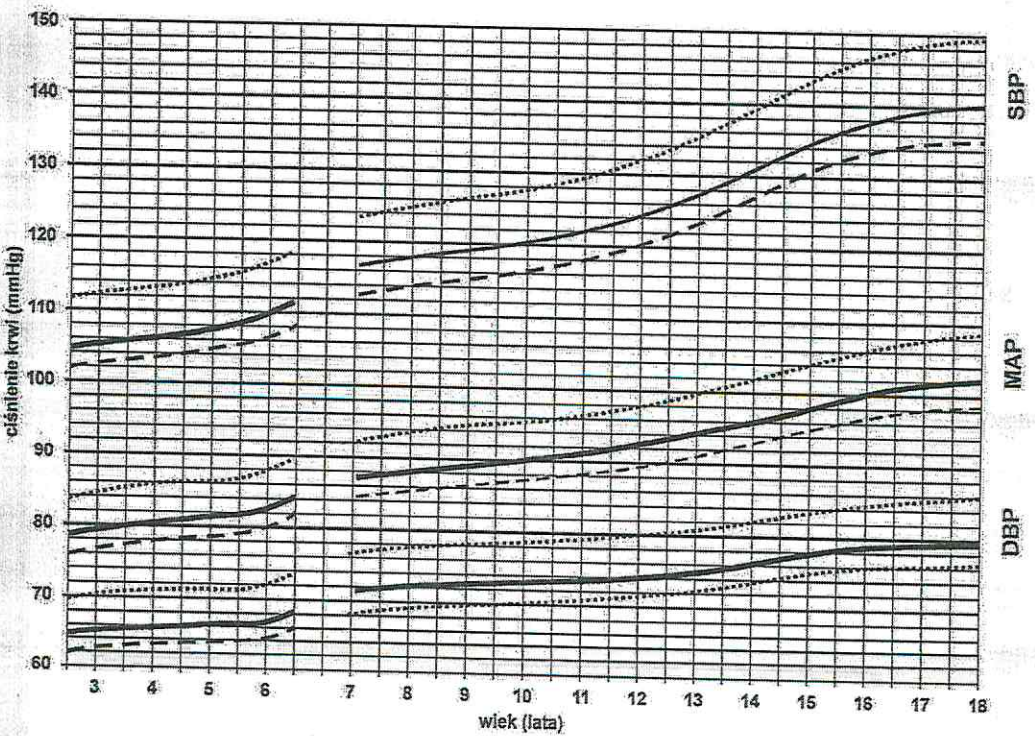
23. Poinformowano o konieczności wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej:

tak nie

Data:

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) chłopców w wieku 3-18 lat
centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana



Zródło: Z. Kutanga, M. Litwin, A. Grąjda, B. Gurzkowska, A. Świąder-I. Świątek, A. Różdżyńska-Swiątkowska, M. Góźdź, M. Wojtyła i zespół: badawcze projekty OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

**IX. WIZYTA PATRONAŻOWA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI
ZDROWOTNEJ 1-4. tydzień życia**

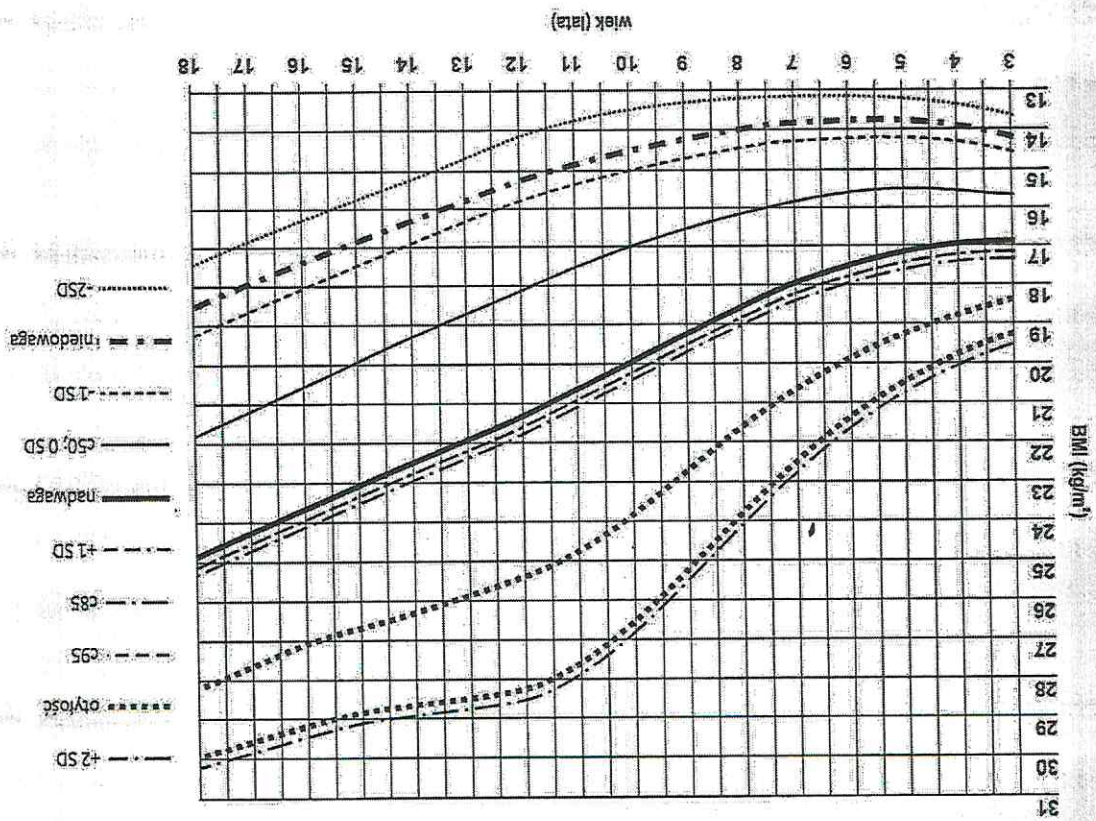
1. Wiek kalendarzowy..... wiek postkoncepcyjny²⁾.....
2. Długość ciała..... cm
3. Obwód głowy..... cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej..... cm
5. Ciężar przednie..... szwy czaszkowe.....
6. Przyjmowane leki.....

7. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej – guzki Bohma, perły Ebssteina, nadżasłaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)
 - skóra.....
 - głowa.....
 - szyja.....
 - oczy.....
 - uszy.....
 - jama ustna/gardło.....
 - węży chłonne.....
 - pluca.....
 - serce.....
 - brzuch.....
 - układ moczowo-płciowy.....
 - układ kostno-stawowy.....
 - stan odżywienia.....

8. Żywienie:
 - wylącznie piersią
 - mieszane
 - szluczone
- skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia szluczonego, wprowadzanie żywności dodatkowej.....

9. Ocena neurorozwojowa.....
- ²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.....

Siatka centylowa BMI chłopców w wieku 3-18 lat



Źródło: Z. Kuliaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Lesniak, A. Różyńska-Świątkowska, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

10. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak nie

trudności ze snaniem polykaniem

bezdech wymioty drgawki płacz przerywany kwilenie

brak reakcji na dźwięki

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

11. Warunki mieszkaniowe: bardzo dobre dobre przeciętne złe

12. Odchylenia w badaniach dodatkowych

13. Zalecenia

14. Porada żywieniowa

Żywność..... witaminy.....

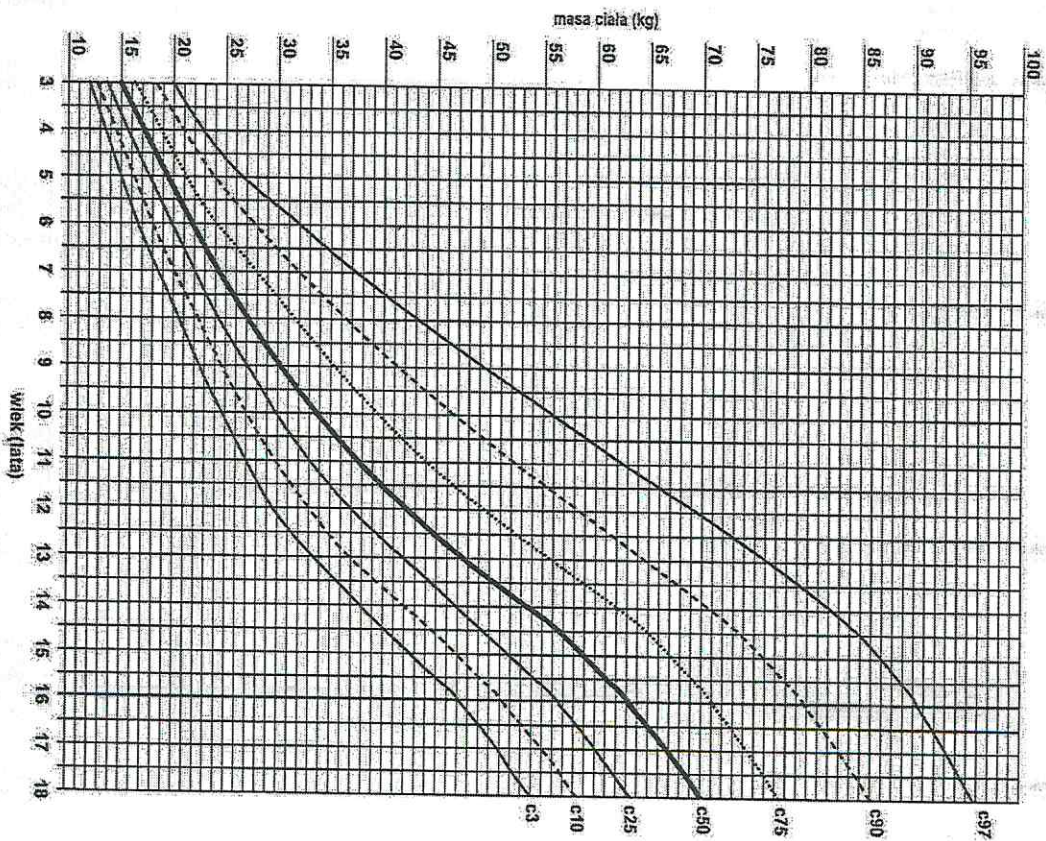
15. Zlecone konsultacje

16. Zlecone badania diagnostyczne

Data

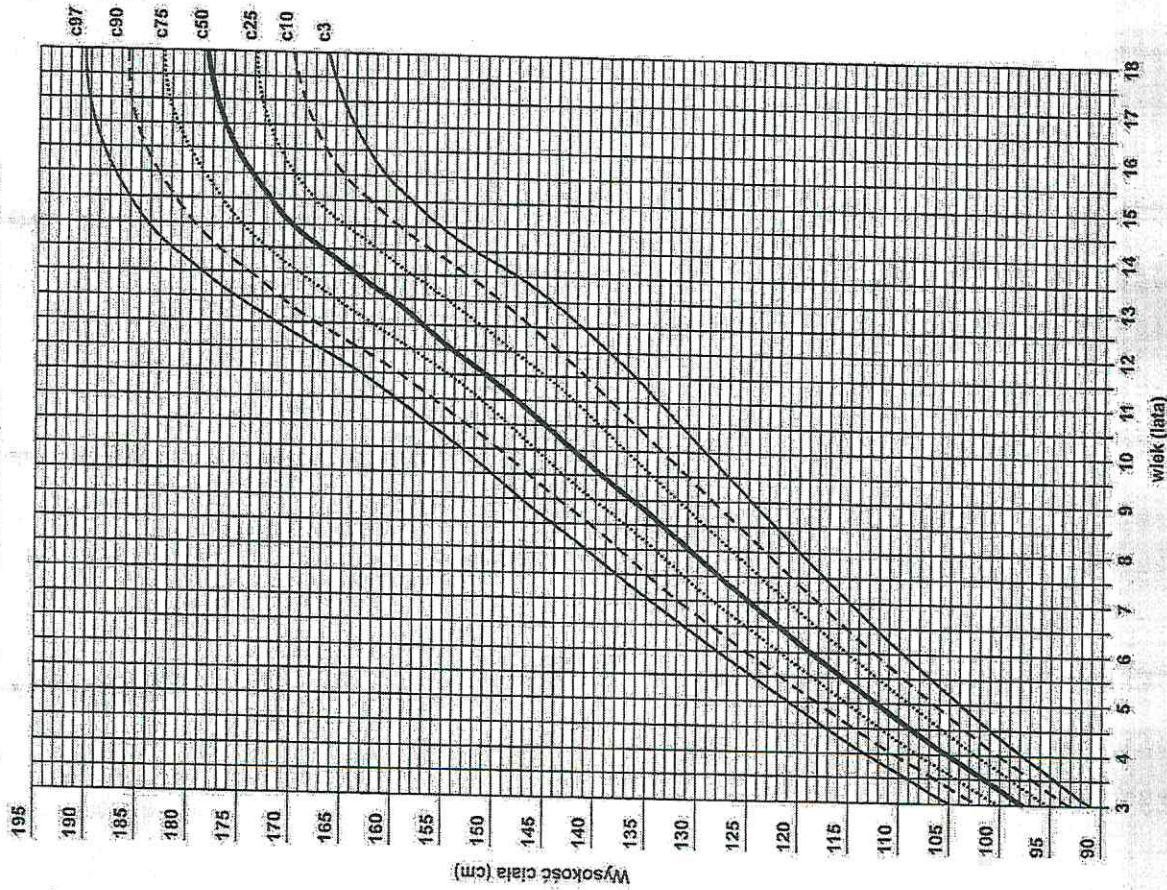
Oznaczenie lekarza

Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kutaga, M. Litwin, A. Grąjda, B. Guszowska, A. Świąder-Łesniak, A. Rózdzyńska-Świątkowska, M. Góździ, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

Siatka centylowa wysokości ciała chłopców w wieku 3-18 lat



Źródło: Z. Kulaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Lesniak, A. Rożdżynska-Swiątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyło. Zespolony badawczy projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat”, Standardy Medyczne Pediatra, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

X. WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ

1. Data I. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty
4. Sposób żywienia noworodka:
 wyjącznie piersią
 mieszane
 sztuczne
 skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej
5. Zalecenia
6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie późniejszej

1. Data II. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty
4. Sposób żywienia noworodka
5. Zalecenia
6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie późniejszej

1. Data III wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty

4. Sposób żywienia noworodka
5. Zalecenia

6. Data następnej wizyty

Oznaczenie położnej

1. Data IV. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty

4. Sposób żywienia noworodka
5. Zalecenia

6. Data następnej wizyty

Oznaczenie położnej

1. Data V. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty

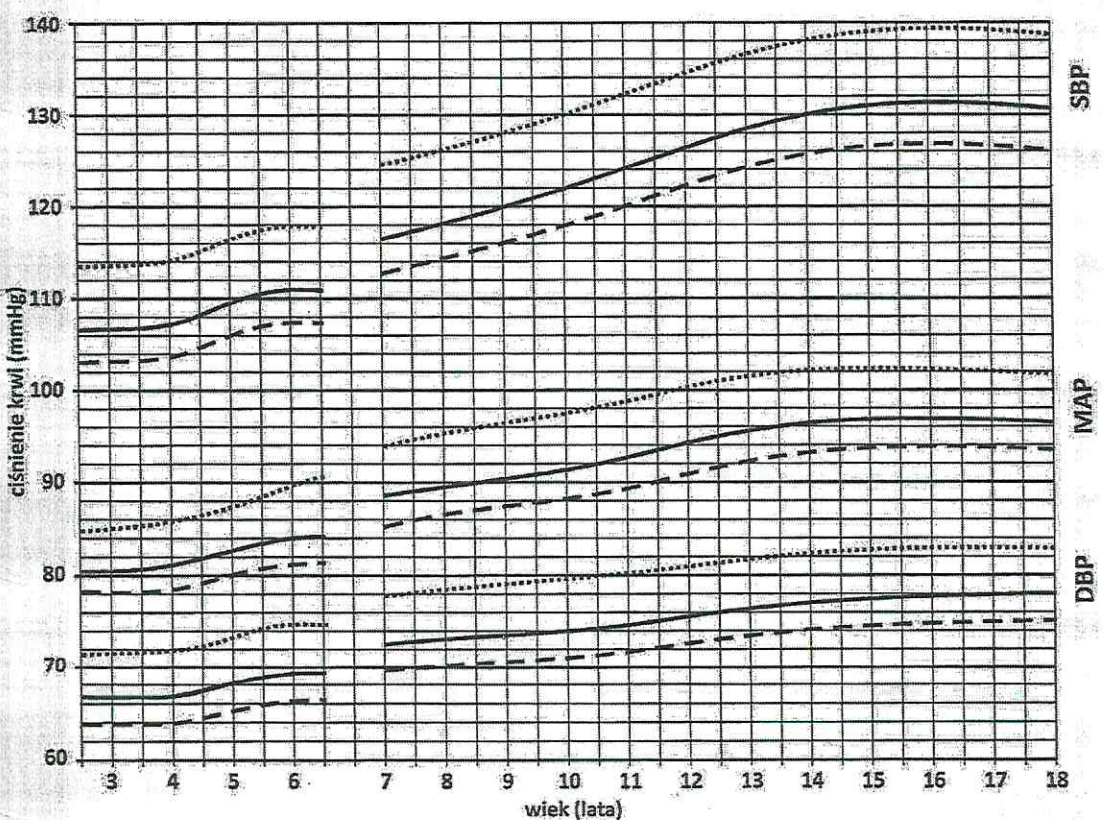
4. Sposób żywienia noworodka
5. Zalecenia

6. Data następnej wizyty

Oznaczenie położnej

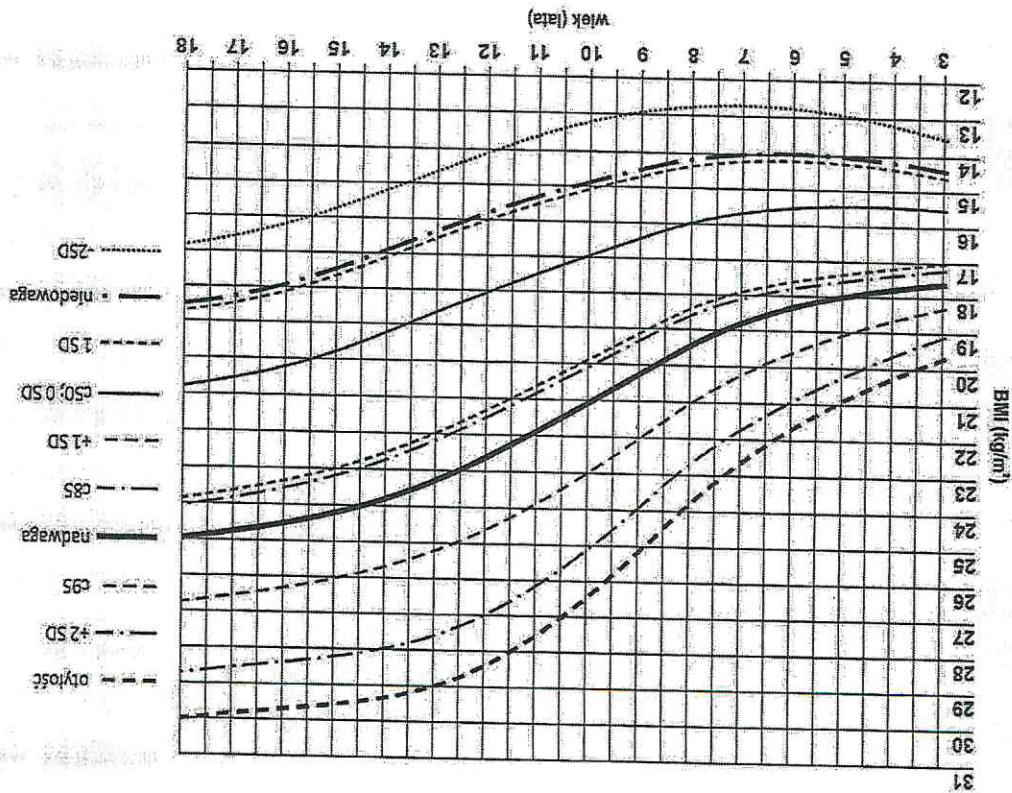
Data

Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) dzieci w wieku 3-18 lat (centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana)



Źródło: Z. Kutaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurkowska, A. Świąder-Łesniak, A. Różdżyńska-Szwałkowska, M. Gózdź, M. Wołjto i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatki centylowe BMI dziewcząt w wieku 3-18 lat



Źródło: Z. Kulaga, M. Ljwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Swiątkowska, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

1. Data VI wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty
4. Sposób żywienia noworodka
5. Zalecenia
6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie: położnej

XI. WIZYTY PATRONAŻOWE PIELĘGNIARKI

1. Data I. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Zalecenia

5. Data następnej wizyty ⁵⁾

Data Oznaczenie pielęgniarki

1. Data II. wizyty ⁵⁾

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

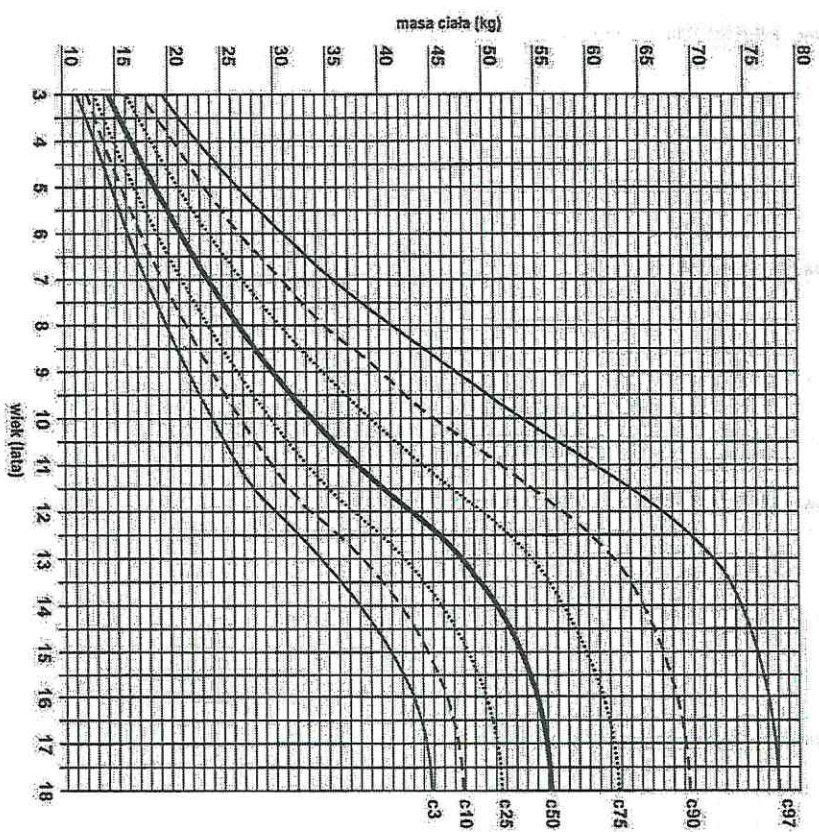
.....

4. Zalecenia

.....

Data Oznaczenie pielęgniarki

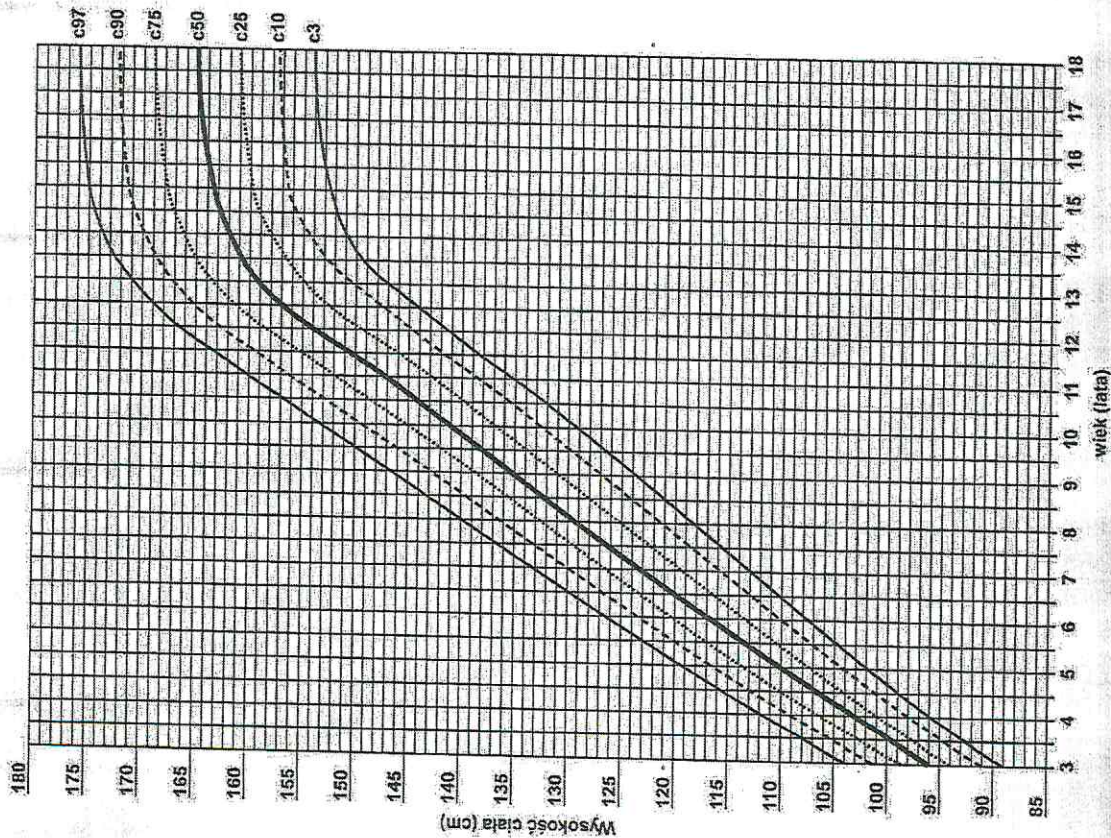
Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 3–18 lat



⁵⁾ Źródło: Z. Kutnaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gutzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Swiątkowicz, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

⁵⁾ W przypadku gdy w czasie wizyty stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia dziecka.
20

Statka centylowa wysokości ciała dziewcząt w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kuliaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Swiątkowska, M. Góźdź, M. Wojtyła i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

XII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6–9, tydzień życia (w terminie odpowiadającym szczeblom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkoncepcyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki
8. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

- zecz: widoczny niewidoczny
- test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
- Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

- Wrodzonej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy nieprawidłowy
- Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej (guzki Bohna, perły Ebssteina), nadżaski wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)

- skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne
- płuca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie:

- wyłącznie piersią
- mieszane
- sztuczne

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

11. Ocena neurorozwojowa

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
- trudności ze saniem trudności z połknięciem
- bezdechły wymioty drgawki płacz przerywany kwilenie
- brak reakcji na dźwięki

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

15. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

16. Zleczone konsultacje

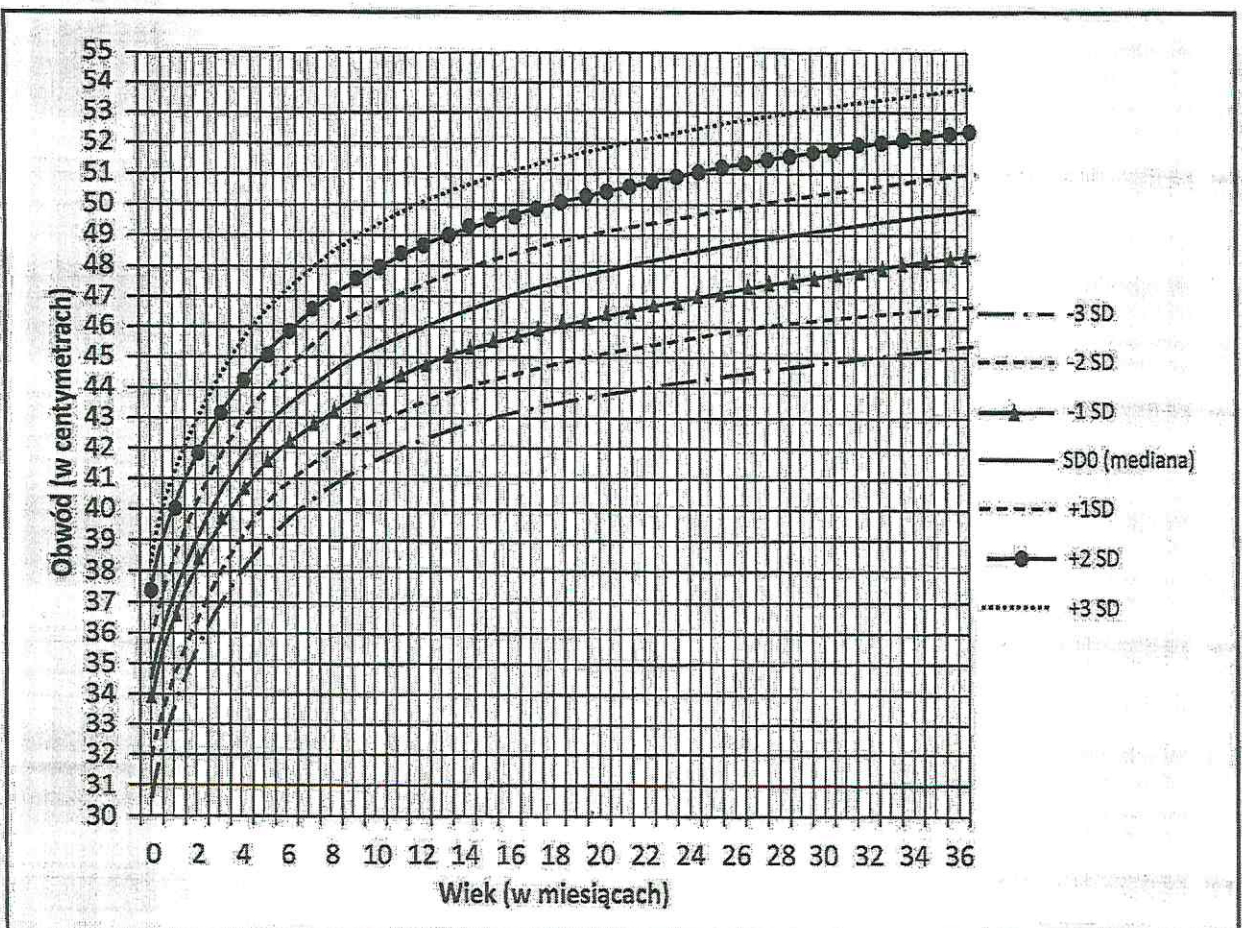
17. Zleczone badania diagnostyczne

Data

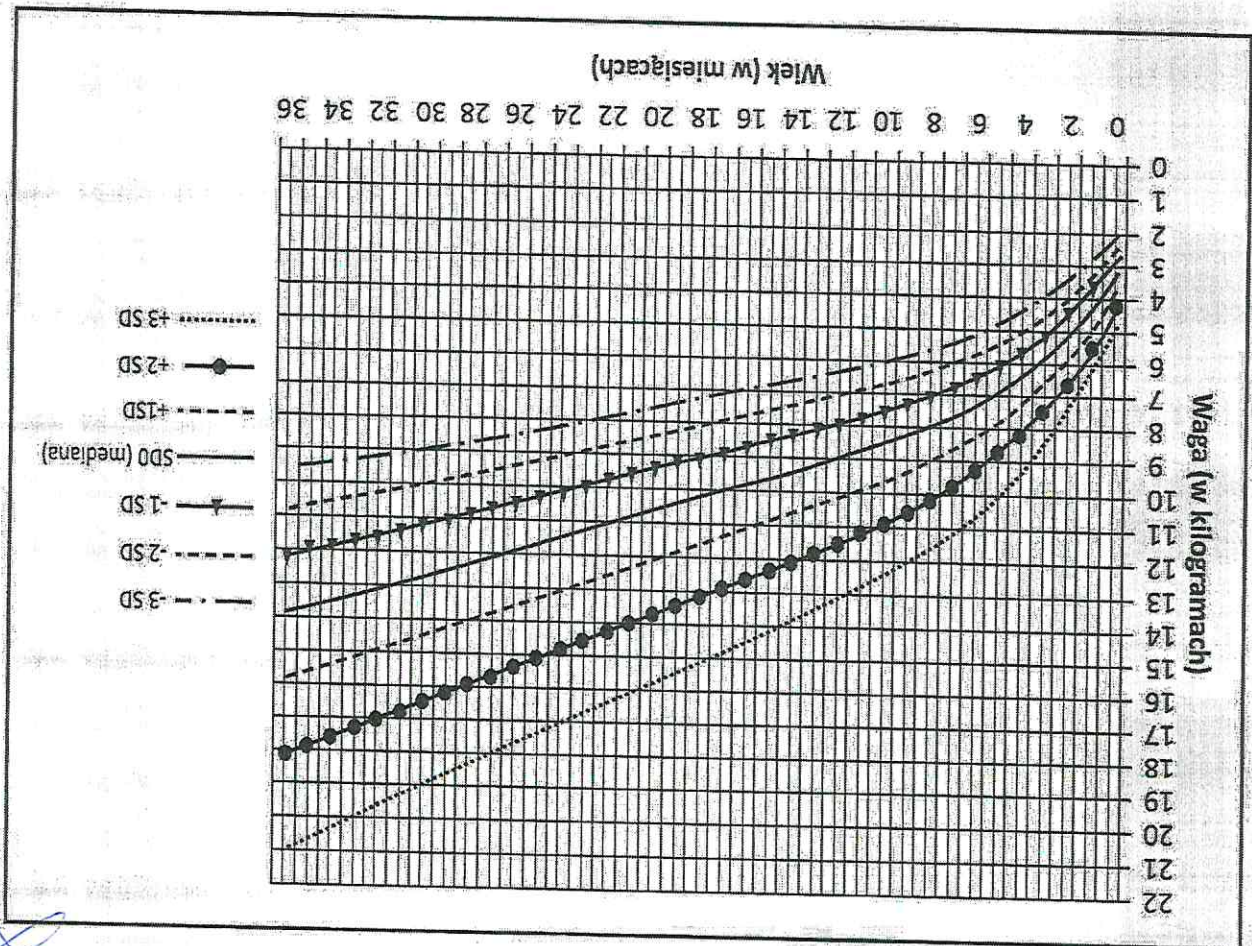
Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Siatka centylowa obwodu głowy chłopców w wieku 0-3 lat



Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 0-3 lat



Źródło: WHO

XIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 3-4. miesiąca życia (w terminie odpowiadającym szczeniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkoncepcyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki

8. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

- zez: widoczny niewidoczny
 test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni

Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy nieprawidłowy
 Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zapłkanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku)

- skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne
- pluca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie:
- wyłącznie piersią
 - mieszane
 - sztuczne

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

11. Ocena neurorozwojowa

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
- trudności ze ssaniem trudności z polykaniem
- nieprawidłowe stolce bezdechy drgawki
- brak odwracania głowy w kierunku dźwięku
- brak łączenia rąk w linii środkowej
- Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

15. Porada żywieniowa

Dzieci witaminy

16. Zleczone konsultacje

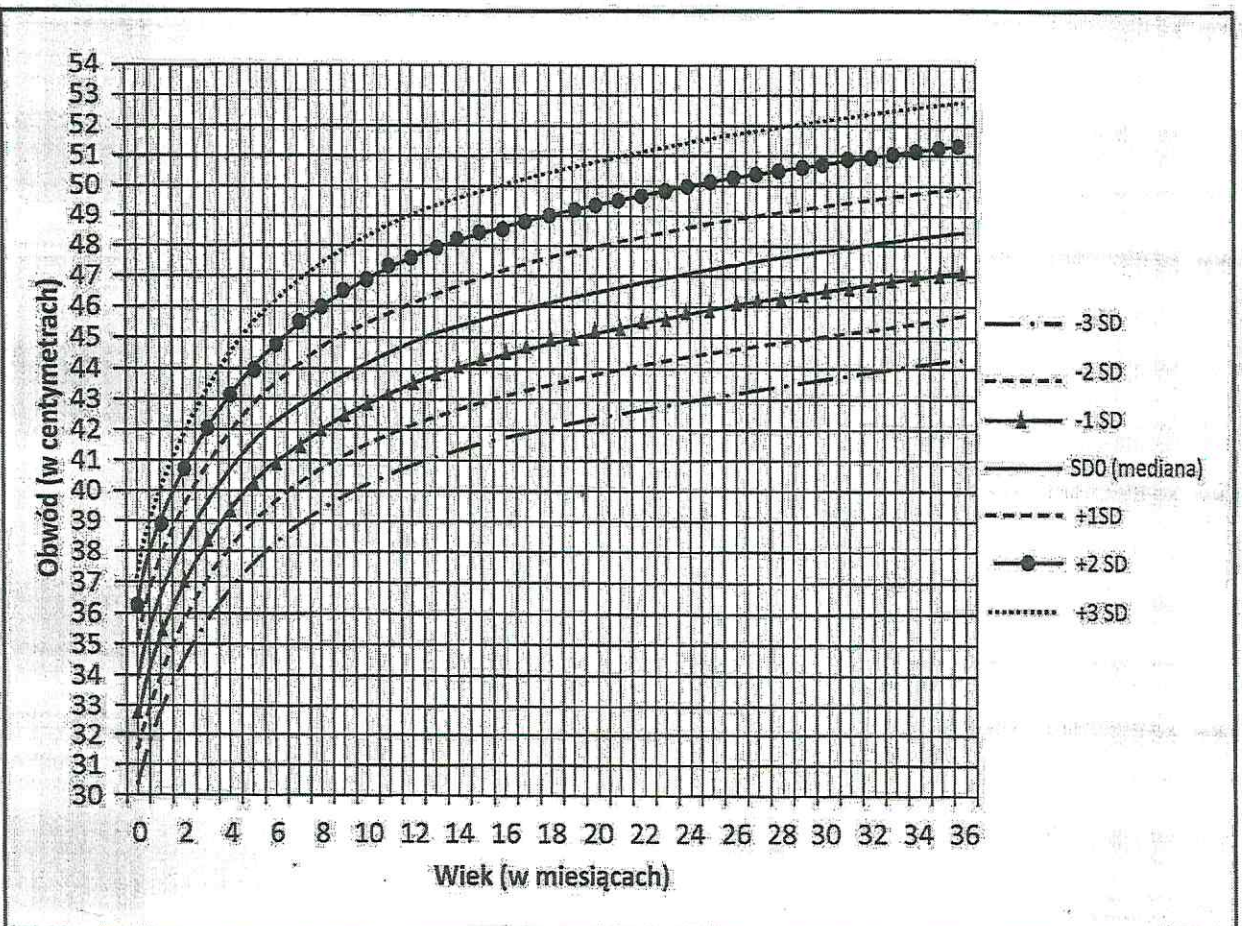
17. Zleczone badania diagnostyczne

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Siatka centylowa obwodu głowy dziewcząt w wieku 0-3 lat



Zródło: WHO

XIV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6. miesiąca życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

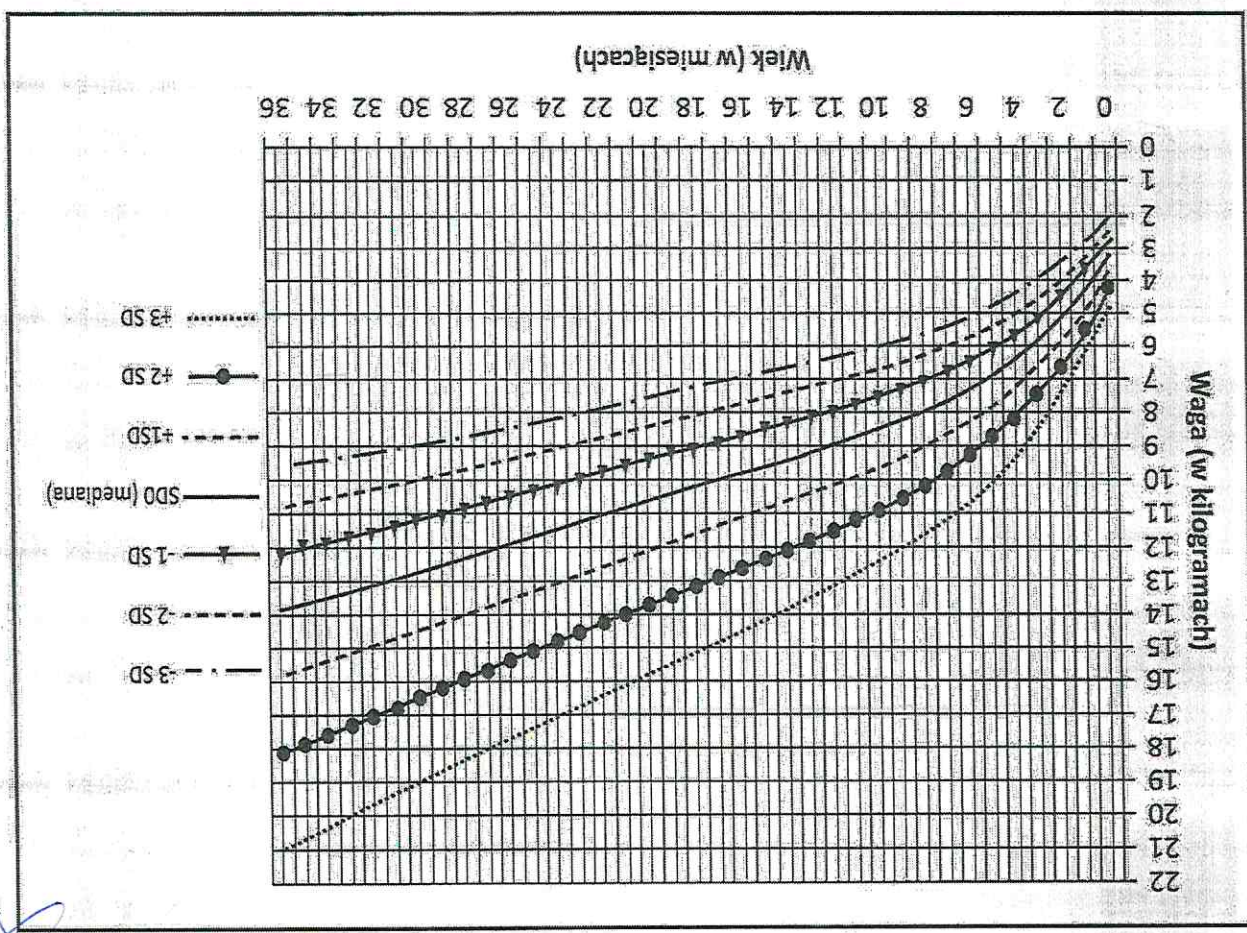
1. Wiek kalendarzowy **wiek postkoncepcyjny?**
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie **szwy czaszkowe**
7. Przyjmowane leki

8. Test przesiewowy w kierunku:
Zaburzeń wzroku:
 zez: widoczny niewidoczny dodatni dodatni
 test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy
Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy nieprawidłowy
Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne
 9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zapłkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy)

- skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne
- płuca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 0-3 lat



10. Żywnienie:

wyłącznie pierśią
 mieszane
 sztucznie

skuteczność karmienia pierśią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

11. Ocena neurorozwojowa

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak nie
 trudności z karmieniem bezdechy
 wymioty drgawki nieprawidłowe stolce
 brak reakcji na dźwięk, telefon, głos opiekuna
 brak zainteresowania zabawkami brak obrotu na boki i na brzuch
 Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

15. Porada żywieniowa

Dieta

16. Zleczone konsultacje

17. Zleczone badania diagnostyczne

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej

XXXIV. Procedury radiologiczne

Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury Oznaczenie podmiotu	Oznaczenie osoby wykonującej Procedura radiologiczna:
Data procedury Oznaczenie podmiotu	Oznaczenie osoby wykonującej Procedura radiologiczna:
Data procedury Oznaczenie podmiotu	Oznaczenie osoby wykonującej Procedura radiologiczna:
Data procedury Oznaczenie podmiotu	Oznaczenie osoby wykonującej Procedura radiologiczna:
Data procedury Oznaczenie podmiotu	Oznaczenie osoby wykonującej Procedura radiologiczna:

XV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 9. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy wiek posikonceptyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centy/owej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centy/owej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki
8. Test przesiewowy w kierunku:
Zaburzeń wzroku:
zez: widoczny niewidoczny
test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy
Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)
skóra
głowa
szyja
oczy
uszy
jama ustna/gardło
węzły chłonne
płuca
serce
brzuch
układ moczowo-płciowy
układ kostno-stawowy
stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie:

- wyłącznie piersią
mieszane
szluczne

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

11. Ocena neurorozwojowa

12. W ażne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
trudności z karmieniem bezdechy
wymioty drgawki nieprawidłowe stolce
trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra brak strumienia mikcji
częste infekcje brak reakcji na ciche dźwięki brak ciągu sylab da-da-da
stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową
Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

15. Porada żywieniowa

Dzieci

Witaminy

16. Zleczone konsultacje

17. Zleczone badania diagnostyczne

Czas zwolnienia	Przyczyna	Określenie rodzaju aktywności, z której dziecko jest zwolnione	Data i oznaczenie lekarza

18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

XVI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12. miesiąca życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkoncepcyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciśnienie tętnicze krwi
7. Ciemnię przednie szwy czaszkowe
8. Przyjmowane leki

9. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

- zera: widoczny niewidoczny
 test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
 Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

10. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zabrakowanie, zniżony na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, kamienie i pojenie w nosy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

- skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama uszna/gardło
- węzły chłonne
- płuca
- serce
- brzocho
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

XXXII. ZWOLNIENIA Z ZAJĘĆ SPORTOWYCH

Czas zwolnienia	Przyczyna	Określenie rodzaju aktywności, z której dziecko jest zwolnione	Data i oznaczenie lekarza

XXXI. ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	

11. Żywnienie:

- wyłącznie piersią
- mieszane
- sztuczne

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

12. Ocena neurorozwojowa

13. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
- trudności z karmieniem bezdechy
- wymioty drgawki nieprawidłowe stolce
- trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra brak strumienia miki
- częste infekcje brak reakcji na ciche dźwięki brak ciągu sylab da-da-da
- stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową
- Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

14. Odchylenia w badaniach dodatkowych

15. Zalecenia

16. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

17. Zlecone konsultacje

18. Zlecone badania diagnostyczne

Badanie okulistyczne

HOSPITALIZACJE

19. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:

XVII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 2. rok życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Ciśnienie tętnicze krwi
6. Wskaźnik BMI
7. Ciemię przednie szwy czaszkowe
8. Przyjmowane leki

9. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

- zez: widoczny niewidoczny Cover test: ujemny dodatni
 test Hirschberga: ujemny dodatni

Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

10. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

- skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne
- pluca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy

stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:

11. Żywność (częstość i objętość posiłków oraz napojów, stosowanie diet eliminacyjnych)

12. Ważne dane z wywiadu od rodziców/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak nie

trudności z karmieniem bezdechy

wymioty biegunki nieprawidłowe stolce

trudności z młoką, pieluchowanie brak strumienia młoką częste infekcje

brak należnego dla wieku rozwoju mowy: brak zdań dwunmowyrazowych

brak używania trzeciej osoby

brak należnego dla wieku rozumienia mowy: brak pokazywania części ciała

brak spełniania prostych poleceń

zaburzenia zachowania zaburzenia snu

brak pierwszych swobodnych kroków po 15. miesiącu życia brak wchodzenia na schody z trzymaniem poręczy

Inne (tło opiekun, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

15. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

16. Zlecone konsultacje

17. Zlecone badania diagnostyczne

18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

XXIX. UCZULENIA I REAKCJE ANAFILAKTYCZNE

Na co	Data	Postępowanie	Oznaczenie lekarza

OPIEKI ZDROWOTNEJ 4. rok życia

1. Wiek
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Przyjmowane leki
7. Test przesiewowy w kierunku:
Zaburzeń wzroku:
zez: widoczny niewidoczny Cover test: ujemny dodatni
test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia
słuchu): prawidłowy nieprawidłowy
Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne
8. Badanie lekarskie

- skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne
- płuca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia
- 9. Sprawność ruchowa i koordynacja
- 10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
- 11. Rozwój emocjonalny/społeczny
- 12. Ocena aktywności fizycznej
- 13. Problemy zdrowotne

Poradnia	Data pierwszej wizyty	Uwagi

XXVIII. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

- 14. Leczenie przewlekle
- 15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
- 16. Odchylenia w badaniach dodatkowych
- 17. Zalecenia
- 18. Porada żywieniowa
- Dieta witaminy
- 19. Zleczone konsultacje
- 20. Zleczone badania diagnostyczne

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Poradnia	Data pierwszej wizyty	Uwagi

XXVII. PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŻNE

	Data zachorowania	Oznaczenie lekarza
Odra		
Ospa wietrzna		
Krzyszczek		
Różyczka		
Szkarlatyna		
Wirusowe zapalenie wątroby typu B		
Świnka		
Inne		

**XIX. BADANIE STANU UŻEBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USZNEJ
DZIECKA DO UKOŃCZENIA 4. ROKU ŻYCIA⁶⁾**

Data wizyty adaptacyjnej:

Wiek	6. m.ż.	9. m.ż.	12. m.ż.	2. r.ż.	4 r.ż.
Liczba zębów, w tym: z próchnicą P usuniętych U wypełnionych W					
Defekty szklivi	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)					
Wady narządu żucia (jakie?)					
Stan języka					
Stan przyzębia					
Parafunkcje					
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/dziennie					
Ryzyko próchnicy (wg puw) ⁷⁾					
Zalecenia					
Data, oznaczenie lekarza dentysty					

⁶⁾ Wypełnia lekarz dentysta.

⁷⁾ Wskaźnik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

XX. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 5. rok życia

1. Wiek centyl
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta.....
7. Testy przesiewkowe:
 Wzrost: osłabienie wzroku bez okularów w okularach OP OL.....
 wada refrakcji..... widzenie barw: prawidłowe nieprawidłowe
 inne zaburzenia
8. Badanie lekarskie:
 skóra.....
 głowa.....
 szyja.....
 oczy.....
 uszy.....
 jama uszna/gardło.....
 węzły chłonne.....
 płuca.....
 serce.....
 brzuch.....
 układ moczowo-płciowy.....
 układ kostno-sławowy.....
 stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny.....
12. Ocena aktywności fizycznej.....
13. Problemy zdrowotne.....

BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ⁶⁾

Wiek	12. r.ż.		13. r.ż.		16. r.ż.		19. r.ż.	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Zęby								
Liczba zębów, w tym:								
z próchnicą P								
usuniętych U								
wypełnionych W								
Defekty szkliva	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)								
Zgryzy/wady narządu żucia (jake?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluorami/ dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw, PUW) ⁷⁾								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

⁶⁾ Wpochłania lekarz dentysta.
⁷⁾ Wskaźnik intensywności próchnicy – stan zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

XXVI. BADANIE STANU UZEBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ⁶⁾

M – zęby mleczne; S – zęby stałe

Wiek	5. r.ż.		6. r.ż.		7. r.ż.		10. r.ż.	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Zęby								
Liczba zębów, w tym:								
z próchnicą P								
usuniętych U								
wypełnionych W								
Defekty szkliva	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)								
Zgrzyz/wady narządu żucia (jakie?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw, PUW) ⁷⁾								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentyisty								

⁶⁾ Wypełnia lekarz dentyista.

⁷⁾ Wskaźnik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

14. Leczenie przewlekłe

15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

16. Odchylenia w badaniach dodatkowych

17. Zalecenia

18. Porada żywieniowa

Dieta, witaminy

19. Zlecone konsultacje

20. Zlecone badania diagnostyczne

21. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

**XXI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ
 OPIEKI ZDROWOTNEJ 6. rok życia (roczne obowiązkowe
 przygotowanie przedszkolne)⁸⁾**

1. Wiek
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciężnienie tętnicza krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe

Wzrost: osłabienie wzroku bez okularów w okularach OP OL

wada refrakcji: widzenie barw: prawidłowe nieprawidłowe

inne zaburzenia

Sluch: test szepceniowy, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy

Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa kolana koślawe

stopy płasko-koślawe

inne odchylenia

8. Badanie lekarskie

- skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne
- płuca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia

9. Sprawność ruchowa i koordynacja

10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy

⁸⁾ W przypadku gdy badanie przesiewowe nie było wykonane w terminie, wykonuje się je w I klasie szkoły podstawowej.

15. Leczenie przewlekłe

16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

17. Odchylenia w badaniach dodatkowych

18. Zalecenia

19. Porada żywieniowa

Dieta

witaminy

20. Zleczone konsultacje

21. Zleczone badania diagnostyczne

Data

Oznaczenie lekarza



**XXV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ 18-19. rok życia**

1. Wiek
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe
Wzrost; ostrość wzroku bez okularów w okularach OP OL
wada refrakcji inne zaburzenia
8. Badanie lekarskie
inne zaburzenia
9. Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
nadmierna kifoza piersiowa inne odchylenia
10. Badanie lekarskie
skóra
11. głowa
12. szyja
13. oczy
14. uszy
15. jama ustna/gardło
16. węzły chłonne
17. płuca
18. serce
19. brzuch
20. układ moczowo-płciowy
21. układ kostno-stawowy
22. stan odżywienia
23. Sprawność ruchowa i koordynacja
24. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
25. 11. Rozwój emocjonalny/społeczny
26. 12. Ocena dojrzewania płciowego
27. 13. Ocena aktywności fizycznej
28. 14. Problemy zdrowotne

29. 11. Rozwój emocjonalny/społeczny
30. 12. Ocena aktywności fizycznej
31. 13. Ocena zdrowotnej dojrzałości szkolnej i lateralizac (przy rozpoczęciu nauki)
32. 14. Problemy zdrowotne
33. 15. Leczenie przewlekłe
34. 16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
35. 17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
36. 18. Zalecenia
37. 19. Porada żywieniowa
38. Dieta witaminy
39. 20. Zleczone konsultacje
40. 21. Zleczone badania diagnostyczne
41. 22. Ocena gotowości szkolnej
42. 23. Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego: tak nie
43. 24. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data Oznaczenie lekarza

**XXII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ 8-9. rok życia (III klasa szkoły podstawowej)**

1. Wiek
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe
Wzrost: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP OL
- wada refrakcji..... widzenie barw: prawidłowe nieprawidłowe
- inne zaburzenia
- Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
- Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
- inne odchylenia
8. Badanie lekarskie
- skóra
- głowa.....
- szcya
- oczy
- uszy
- jama uszna/gardło
- węzły chłonne
- pięta
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-sławowy
- stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
11. Rozwój emocjonalny/społeczny
12. Ocena dojrzałości płciowej
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne

15. Leczenie przewlekłe

16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

17. Odchylenia w badaniach dodatkowych

18. Zalecenia

19. Porada żywieniowa

Dieta witariany

20. Zleczone konsultacje

21. Zleczone badania diagnostyczne

Data

Oznaczenie lekarza



**XXIV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ 15-16. rok życia**

1. Wiek
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe
Wzrok; ostrość wzroku bez okularów w okularach OP OL
- wada refrakcji inne zaburzenia
- inne zaburzenia
- Sluch: test szepceniowy, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
- Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
- nadmierna kifoza piersiowa inne odchylenia
8. Badanie lekarskie
skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne
- płuca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
11. Rozwój emocjonalny/społeczny
12. Ocena dojrzewania płciowego
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne

15. Leczenie przewlekłe
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
18. Zalecenia
19. Porada żywieniowa
- Dieta witaminy
20. Zlecone konsultacje
21. Zlecone badania diagnostyczne
22. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data Oznaczenie lekarza

XXIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ 12-13. rok życia

1. Wiek
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe
Wzrok: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP OL
wada refrakcji widzenie barw: prawidłowe nieprawidłowe
inne zaburzenia
8. Badanie lekarskie
Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
nadmierna kifoza piersiowa inne odchylenia
9. Badanie lekarskie
skóra
10. głowa
11. szyja
12. oczy
13. uszy
14. jamna ustna/gardło
15. węzły chłonne
16. płuca
17. serce
18. brzuch
19. układ moczowo-płciowy
20. układ kostno-stawowy
21. stan odżywienia
22. 9. Sprawność ruchowa i koordynacja
23. 10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
24. 11. Rozwój emocjonalny/społeczny
25. 12. Ocena dojrzewania płciowego
26. 13. Ocena aktywności fizycznej
27. 14. Problemy zdrowotne

15. Leczenie przewlekłe

16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

17. Odchylenia w badaniach dodatkowych

18. Zalecenia

19. Porada żywieniowa

Dieta

20. Zlecone konsultacje

witaminy

21. Zlecone badania diagnostyczne

Data

Oznaczenie lekarza

**KSIĄŻKA
ZABIEGÓW
FIZJOTERAPEUTYCZNYCH**



WZÓR KSIĄG ZABIEGOWYCH

I STRONA - LEWA

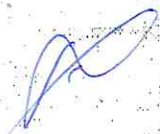
LP	IMIE I NAZWISKO PACJENTA	RODZAJ ZABIEGU	OKOLICA CIAŁA	IŁOŚĆ POWTÓRZEŃ	PODPISY
					FIZJOT.
					PACJENT
					FIZJOT.
					PACJENT
					FIZJOT.
					PACJENT
					FIZJOT.
					PACJENT

II STRONA - PRAWA

MIESIĄC.....

ROK.....

LP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31



**KSIĄŻKA RAPORTÓW
PIELĘGNIARSKICH**

(wzór, wszystkie strony w formacie A4)



KSIĘGA RAPORTÓW PIEŁĘGNIARSKICH

Data założenia

Data zakończenia

Raport z dyżuru: dnia: od godz. do godz.

1. Stan chorych w oddziale szpitalnym przy objęciu dyżuru:

- Przyjętych:
- Wypisanych:

2. Stan chorych przy zdaniu dyżuru:

3. Dane o chorych:

1) imię, nazwisko, nr ID, rozpoznanie,

- data przyjęcia do oddziału,

- stan ogólny, kategoria opieki,

- parametry życiowe,

- wykonane zlecenia lekarskie;

- najważniejsze problemy pielęgnacyjne i podjęte działania pielęgniarские,

- inne istotne informacje/uwagi,

2) imię, nazwisko, nr ID, rozpoznanie itd.

3) imię, nazwisko, nr ID, rozpoznanie itd.

4. Inne istotne informacje/uwagi mające wpływ na stan zdrowia pacjentów i funkcjonowanie oddziału,

5. Podpisy: Pielęgniarki zdającej i Pielęgniarki przyjmującej dyżur.

Raport z dyżuru: dnia: od godz. do godz.

Raport z dyżuru: dnia: od godz. do godz.

Blank area for reporting duty details.

Z. KATZDZIO

Raport z dyżuru: dnia: od godz. do godz.

Blank area for reporting duty details.

Z. KATZDZIO

**KSIĄŻKA RAPORTÓW
LEKARSKICH**

(wzór, wszystkie strony w formacie A4)



**KSIĄŻKA RAPORTÓW
LEKARSKICH**



Data	Imię i nazwisko lekarza dyżurnego	Ilość chorych na oddziale	Liczba wolnych łóżek		Ilość przyjęć	Ilość odmów		Odesłano do innego zakładu
						z braku wskazani	z braku miejsc	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Nazwisko i rozpoznanie:

Uwagi lekarza dyżurnego:

Podpis i uwagi ordynatora:

Podpis lekarza dyżurnego

Data	Imię i nazwisko lekarza dyżurnego	Ilość chorych na oddziale	Liczba wolnych łóżek		Ilość przyjęć	Ilość odmów		Odesłano do innego zakładu
						z braku wskazań	z braku miejsc	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Nazwisko i rozpoznanie:

Uwagi lekarza dyżurnego:

Podpis i uwagi ordynatora:

Podpis lekarza dyżurnego

**KSIĄŻKA
SEKCYJNA
(zgonów)**



Data i godz zgonu	Data sekcji <u>Data zwolnienia</u> zwłok z sekcji	Nr prot. sekc.	Sekcję wykonał <u>Decyzję o zwolnieniu</u> podjął	Data wydania zwłok	Zwłoki odebrał <small>(nazwisko, imię, nr dowodu osobistego)</small>



Lp.	L. ks. gł.	Nazwisko i imię zmarłego(ej)	Wiek	Data przyjęcia zwłok	Skąd dostarczono (klinika, oddział)

8

PREMEDYKACJA		Nazwisko i imię		Wiek		Nr hist.	
DATA		Data znieczulenia		Rozpoznanie kliniczne			
GODZINA		Grupa krwi Rh ()		Operacja			
LEGENDA		Uwagi operacyjne:		Wzrost:	Waga:	Temp.:	RR
⊕	Początek-koniec znieczulenia	Uczulenia:					
⊗	Początek-koniec operacji	RAZEM					
↔	In-ekstubacja	Godz.					
RR V		200					
TETNO		180					
		160					
		140					
		120					
		100					
		80					
		60					
		40					
		RR					
		T					
		AIR					
		O ₂					
		N ₂ O					
		Sero/Destl.					
		Sa O ₂					
		Et CO ₂					
Przetoczona krew:		Przetoczono podczas zabiegu:					
		5% glukoza ml					
		Sól fizjologiczna ml					
		Dekstran ml					
		PWE ml					
		Sol. Ringeri ml					
		Sol. HAES ml					
						
		Utrata krwi ml					
Anestezjolog:		Pielęgniarka anestezjologiczna:		Metoda:		Operator:	
				Pielęgniarka pomagająca		Pielęgniarka instrumentalistka	

z. 719/020 "PPH UDZ" Warszawa, ul. Pizarska 11/11B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40 Gdansk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl

**PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA
NARZĘDZI I MATERIAŁÓW
DO STERYLIZACJI W STARGARDZIE**



**PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA NARZĘDZI I MATERIAŁÓW
DO STERYLIZACJI W STARGARDZIE**

Nazwa oddziału, poradni	SP ZZOZ w Stargardzie STERYLIZATORNIA	
Data:	Godz.:	Data:

Lp.	Rodzaj materiału do mycia i sterylizacji	Sztuk	Ilość, wielkość pakietu

Uwagi i spostrzeżenia odnośnie przyjętych narzędzi do sterylizacji:

Podpis pracownika zdającego materiał:	Podpis pracownika przyjmującego materiał:
---------------------------------------	---

Data wykonania procedury:	Sprawdził:
---------------------------	------------

**KSIĘGA
ZABIEGOWA**



Lp.	Data i godzina	Imię i nazwisko, adres chorego	Rozpoznanie
1	2	3	4

Powód nieprzyjęcia	Dalsze postępowanie lub zalecenia	Podpis i pieczętka lekarza odmawiającego
5	6	7

KARTA OPIEKI NAD PACJENTEM PO ZNIECZULENIU W SALI NADZORU POZNIECZULENIOWEGO

Imię i nazwisko pacjenta PESEL Data znieczulenia
 Oddział Nr historii choroby Rodzaj zabiegu znieczulenie

	Godzina								
Czynności przygotowujące <input type="checkbox"/> Przygotowanie respiratora <input type="checkbox"/> Przygotowanie sprzętu do otrzymania drożności dróg oddechowych <input type="checkbox"/> Przygotowanie sprzętu monitorującego <input type="checkbox"/> Przygotowanie ssaka	240								
	220								
	200								
	180								
	160								
	140								
	120								
	100								
	80								
	60								
Przyjęcie pacjenta po znieczuleniu Godzina przyjęcia <input type="checkbox"/> Alergie (jakie) <input type="checkbox"/> dostęp iv obwodowy <input type="checkbox"/> dostęp iv centralny <input type="checkbox"/> sonda żołądkowa <input type="checkbox"/> cewnik Foley <input type="checkbox"/> grupa krwi Oddech: <input type="checkbox"/> własny <input type="checkbox"/> własny rurka tracheostomijna <input type="checkbox"/> kontrolowany rurka intubacyjna <input type="checkbox"/> kontrolowany rurka tracheost.	40								
	20								
	0								
	SpO2								
	Oddech								
	Ekstubacja/intubacja								
	Temperatura								
	LEKI								
	PŁYNY								
	Krew i preparaty krwiotop.								
Wymioty									
Mocz									
Drenaże									
KKcz									
FFP									
Inne									
Ocena pooperacyjna Skala Aldreta Aktywność: <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Oddech: <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Krążenie: <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Przytomność: <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Kolor skóry: <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 W sumie pkt									
UWAGI:									
Przekazanie pacjenta: <input type="checkbox"/> na oddział, godzina wypisu <input type="checkbox"/> płyny infuzyjne Lekarz anestezjolog (podpis) <input type="checkbox"/> dokumentacja przekazana <input type="checkbox"/> Pielęgniarka przyjmująca (podpis) Pielęgniarka anestezjologiczna (podpis) <input type="checkbox"/> Opiekun prawny (podpis)									

NR KS.GU.....

PIECZĘCZAKŁADU

POTWIERDZENIE ODBIORU RZECZY CHOREGO

IMIĘ I NAZWISKO					
PRZYBYŁ(A) DO SZPITALA					
ODDAŁ(A) RZECZY DO PRZECHOWANIA:					
NAZWA ODZIEŻY	OPIS/STAN	ILOŚĆ	NAZWA ODZIEŻY	OPIS/STAN	ILOŚĆ
BLUZKA			HALKA		
BIJSTONOSZ			SPÓDNICA		
RAJSTOPY			SUKIENKA		
SPODNIĘ			NAKRYCIE GŁ.		
SPARPETKI			REKAWICZKI		
MAJTKI/FIGI			SZALIK		
KOSZULA			PŁASZA		
KAMIZELKA			KURTKA		
KALESONY			OBUWIE		
KOSZULKA					
SWETER					
KIESZENIE PUSTE					
OKRES PRZECHOWYWANIA ODZIEŻY WYNOŚI 6 MIESIĘCY					

PODPIS ODDAJĄCEGO /CHOREGO

PODPIS PRZYJMĄCEGO

z. 456/2021 "Daxi2k" Wieliczka, ul. Przasnyska 15A/1B, tel. 22 839 30 41/42; fax 22 630 30 40 www.pphdruk.com.pl

TESTY SKÓRNE PUNKTOWE Alergeny pokarmowe

Imię i nazwisko

PESEL Data badania

Rodzaj alergenu:	Odczyt	Rodzaj alergenu:	Odczyt
Kontrola:		Cytrusy	
Dodatnia / histamina /		Przyprawy	
Ujemna		Owoce:	
Mleko krowie		Jabłko	
Jajko kurze:		Ananas	
Całe		Truskawki	
Żółtko		Mandarynka	
Białko		Grapefruit	
Orzechy:		Pomarańcza	
Ziemny		Warzywa:	
Włoski		Pomidor	
Laskowy		Ziemniak	
Ryby:		Seler	
Dorsz		Marchew	
Mąka:		Różne:	
Pszenna		Soja	
Żytnia		Kakao	
Kukurydziana		Ryż	
Jęczmienna		Szczaw zwyczajny	
Mięso II /drób/			
Kurze			
Indycze		Alergeny natywne:	
Gęsie			
Kacze			
Wieprzowina			

SPWZOZ

73-110 Stargard

ul. Wojska Polskiego 27

REGON 000304456200052

KSIĄŻKA ZABIEGÓW OPERACYJNYCH

NR

Od dnia od nr

Do dnia do nr

Nr Księgi Głównej Oddział Kolejny nr operacyjny

Nazwisko i imię PESEL

Rozpoznanie przedoperacyjne

Lekarz kierujący na zabieg

Data rozpoczęcia zabiegu Data zakończenia zabiegu Sala

Rodzaj znieczulenia	Czas znieczulenia (od - od)	Czas zabiegu operacyjnego (od - od)

	Imię i nazwisko	Podpis
Zespół anestezyjologiczny	1. Lekarz	.....
	2. Pielęgniarka	.....
Zespół operacyjny	1. Operator	.....
	2. Asystent I	.....
	3. Asystent II	.....
	4. Instrumentariuszka	.....
	5. Pomagająca	.....

Rodzaj i przebieg operacji

Rozpoznanie pooperacyjne

Zlecone badania diagnostyczne

.....
Pieczęć i podpis operatora

[Empty box for name and address]

Nazwa zakładu i jego siedziba, adres zakładu

Region zakładu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kod resortowy zakładu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KSIĄŻKA TRANSFUZYJNA

Nazwa oddziału lub komórki organizacyjnej wraz z kodem identyfikacyjnym

Lp.	Nazwa składnika krwi	Numer donacji	Miejsce wytworzenia	Termin ważności składnika krwi	Data i godzina otrzymania składnika krwi	Dawca ABO RhD	Biorca ABO RhD	Nazwisko, imię biorcy	Numer PESEL biorcy lub data urodzenia, w przypadku braku nr PESEL, jeżeli pacjent NN, nr księgi głównej, lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Numer historii choroby	11	Numery wyników grupy krwi biorcy/numery wyników próby zgodności**	12	Nazwisko i imię lekarza zlecającego przetoczenie	13	Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia składnika krwi	14	Data i godzina zakończenia przetoczenia składnika krwi	15	Nazwisko i imię lekarza wykonującego przetoczenie	16	Przetoczona objętość	Ocena przebiegu przetoczenia (uwagi o możliwych niepożądanym reakcjach i zdarzeniach)	18	Oznaczenie*** lekarza odpowiedzialnego za przebieg przetoczenia oraz jego podpis	19

* W przypadku przetoczenia osocza, KKP i krioprecypitatu - numer badania wyniku grupy krwi biorcy, *** Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer

na podstawie, której oceniono zgodność serologiczną z dawcą.

** W przypadku przetoczenia, KKČz, KPK i KG - numer badania wyniku próby zgodności.

*** Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku oznaczenia imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

....., dnia 20..... r.

(miejscowość)

WNIOSEK URLOPOWY

.....
(nazwisko i imię)

.....
(stanowisko)

Proszę o udzielenie urlopu

od dnia do dnia

Zastępstwo w czasie urlopu - Pan (Pani)

Ilość dni urlopu

.....
podpis pracownika

.....
podpis kierownika komórki organiz.

.....
RS - 2018

Wywiad i badanie lekarskie

Nazwisko i imię		Wiek	
Data znieczulenia		Rozpoznanie	
Nr historii choroby		Zabieg	
Godzina			
Leki			
Znieczulenie			
Zabieg			
Tętno			
RR			
SaO ₂			
Lekarz anesteziolog			Pielęgniarka anesteziologiczna

Wyrażam zgodę na znieczulenie:

- dożylnie
- blokada
- zewnątrzoponowe
- podpajęczynówkowe

Anesteziolog _____ Pacjent _____

Legenda:

- ⊕ początek - koniec znieczulenia
- ⊙ początek - koniec zabiegu

Ocena stanu pacjenta po znieczuleniu

	Pkt	Pkt pacjenta
Świadomość	2	
Wybudzony	1	
Reaguje na bodźce	0	
Nie reaguje		
Drożność dróg oddechowych		
Kaszel i krzyczy na żądanie	2	
Utrzymuje dobrą drożność dróg oddechowych	1	
Wymaga pomocy w udrożnieniu dróg oddechowych	0	
Ruch		
Porusza celowo kończynami	2	
Nie porusza celowo kończynami	1	
Nie porusza się	0	
Suma punktów		

Podpis i pieczęć lekarza

Uwagi i zalecenia po znieczuleniu dla Oddziału

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis anestesjologa



KARTA
ZLECEŃ I OBSERWACJI
(wzór, strony w formacie A3)



**KARTA ZLECEN
I OBSERWACJI**
SPWZOZ STARGARD

ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII

PISSEL

Płeć: M. K. Wiek: Waga: Wzrost:

Imię:

Nazwisko:

Nr historii choroby:

Data: Dobat:

Parametry spisywać co godz.

Sonda

Intubacja

Tracheostomia

Temnica

Wątrobie centralne

Cewnikowanie pęcherza

Wlewy przeczyszczający

Wykonane zabiegi:

Nebulizacje:

Wlewy dożylne:

P

K

Y

N

V

Inna droga podania

Mocz

Sonda

Drewny

Stolec

L

B

K

I

Nr lóżka	CZASZCZYNY		7	9	11	13	15	17	19	21	23	1	3	5	7
	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60				
TĘTNO <input checked="" type="checkbox"/> CIŚNIENIE <input checked="" type="checkbox"/> SpO ₂															
ODDYCH + wlewy X wspomaganie m. kontrolowany BI-bilevel OCZ															
TEMPERATURA 40 °C 38 36 34															
GLIKEMIA															
Wlewy dożylne: P K Y N V Inna droga podania Mocz Sonda Drewny Stolec L B K I															
Bilans płynów: ml (+/- + inne) Płyny wydalone: ml Mocz: ml Płocica i skóra: ml Stolec: ml Inne: ml															
Bilans ogólny: (.....) ml															
Bilans płynów ośmiogodzinny Godziny: 6-14 14-22 22-6 Pł. podane Pł. wydalone Bilans:															
Konsultacje TSH FT3 FT4 Mikrobiologia:															
Badania gazometryczne: godz. pH pCO ₂ pO ₂ HCO ₃ BE SpO ₂															
Badania biochemiczne krwi: Moczniak Kreatynina GFR Białko całkowite Albuminy GRP PCT Hb Ht Aspart Alak GGTP Anyliza ALP CPK Bilirubina całkowita Włochna K Ca Mg Pi HDL LDL Troponina T Układ krzepnięcia: Fibrinogen D-Dimer TT															

KARTA TESTÓW SKORNYCH PRICK

Imię i nazwisko	Data wykonania testu
Data urodzenia	

HISTAMINA	KONTROLA UJEMNA
-----------	-----------------

PEYTKI	ODCZYŃ	ROZTOCZA	ODCZYŃ
Mieszanka trzech traw		D. farinae	
Mieszanka pięciu traw		D. pteronyssinus	
Mieszanka piór		Roztocza spirychowe	
Żyto		PLEŚNIE	
Leszczyna		Cladosporium herb.	
Olcha		Alternaria tenuis	
Brzoza		Aspergillus fumig.	
Babka lancetowa		Penicillium notatum	
Babka lancetowa		ZWIERZĘTA	
Bylica		Chomik	
Mieszanka 4 zbóż		Pies	
		Kot	
		Świnka morska	

z. 2155/2019 "OPRYZKA" Warszawa, ul. Pizsańska 11/11B, tel. 22 639 30 41/42, fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl

**KSIĄŻKA MATERIAŁÓW
WYDANYCH
ZE STERYLIZATORNI**



Data i godzina wydania	Nazwa odbiorcy / oddział	Nazwa pakietu	Podpis osoby wydającej	Podpis osoby odbierającej

pieczęć jednostki

.....dnia 20..... r.

S.P.W.Z.O.Z Stargard

ŚR. PSYCHOTROPOWE

RECEPTARIUSZ NR / /

Nazwa i dawka leku	Ilość	Ilość wydania	Cena jednostkowa	Wartość	Nr w ks. psych

Wydal

Ordynator/Kierownik

Wycenił

.....

Sprawdził

Potwierdz. odbiór

(pieczęć oddz.)

z 796/2020 "MAXYMA" Warszawa, ul. Przasnyska 11/11B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40

pieczęć jednostki

..... dnia 20 r.

S.P.W.Z.O.Z. Stargard NARKOTYKI

Receptariusz Nr

Nazwa i dawka leku	Ilość (słownie)	Ilość wydana	Cena jednostkowa	Wartość

Nr w ks. nark.

Wydął

Wycenił

Sprawdził

Lekarz prowadz. narkotyki

