

**ROCZNE SPRAWOZDANIE SŁUŻBY  
MEDYCZYNY PRACY  
W SŁUŻBIE WIĘZIENNEJ  
ZA ROK 2010**

Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej

w.....

**Dział 1. Dane ogólne**

Nazwa i adres podstawowej jednostki służby medycyny pracy SW  
ewentualnie pieczęć nagłówkowa

**Dział 2. Badania profilaktyczne: <sup>1</sup>  
funkcjonariuszy Służby Więziennej**

Wyszczególnienie		Liczba badań	
0		1	
<b>Ogólna liczba badań (wiersz 02 do 03)</b>		01	
w tym:	okresowych	02	
	kontrolnych	03	

Wyszczególnienie		Liczba zaświadczeń	
0		1	
<b>Ogólna liczba wydanych zaświadczeń (wiersz 02 do 03)</b>		01	
w tym:	o braku wskazań zdrowotnych do skierowania na komisję lekarską podległą ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych i administracji	02	
	o konieczności skierowania na komisję lekarską podległą ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych i administracji	03	

**pracowników cywilnych SW**

Wyszczególnienie		Liczba badań	
0		1	
<b>Ogólna liczba badań (wiersz 02 do 04)</b>		01	
w tym:	wstępnych	02	
	okresowych	03	
	kontrolnych	04	

Wyszczególnienie		Liczba orzeczeń	
0		1	
<b>Ogólna liczba wydanych orzeczeń (wiersz 02 do 09)</b>		01	
w tym:	o braku przeciwwskazań do wykonywanej pracy na określonym stanowisku /symbol 21/	02	
	o istnieniu przeciwwskazań do wykonywanej pracy na określonym stanowisku /symbol 22/	03	
	o utracie przez pracownika zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy /symbol 23/	04	
	o konieczności przeniesienia pracownika do innej pracy z przyczyn zdrowotnych /symbol 31/	05	
	o szkodliwym wpływie wykonywanej pracy na zdrowie kobiety w ciąży /symbol 32/	06	
	o zagrożeniu zdrowia młodocianego /symbol 33/	07	
	o podejrzeniu choroby zawodowej /symbol 34/	08	
	o niezdolności do dotychczasowej pracy z powodu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej /symbol 35	09	

### Dział 3. Badania i konsultacje

Wyszczególnienie		Liczba	
0		1	
Liczba konsultacji lekarskich	01		
Liczba badań laboratoryjnych	02		
Liczba innych badań diagnostycznych np. EKG, RTG, spirometria itp.:	03		
Liczba badań sanitarno – epidemiologicznych	04		
Liczba konsultacji psychiatrycznych ogółem:	05		
Liczba badań psychologicznych ogółem:	06		
Liczba badań psychologicznych funkcjonariuszy do Grup Interwencyjnych SW:	07		
w tym:	zakwalifikowanych do Grup Interwencyjnych SW:	08	
Liczba interwencji psychologa po zdarzeniach stanowiących źródło silnego stresu:	09		
w tym:	obligatoryjnych	10	
	na wniosek kierownika jednostki	11	
	z własnej inicjatywy funkcjonariusza lub pracownika	12	

### Dział 4. Informacje dodatkowe

- **Przyczyny wydawania zaświadczeń o symbolu „22” i „23” oraz „31” do „35”**

Lp.	Jednostka organizacyjna	Stanowisko i komórka organizacyjna	Symbol zaświadczenia	Rozpoznanie choroby według ICD 10 <sup>2</sup>

- **Przyczyny kierowania funkcjonariuszy na komisje lekarską na wniosek służby medycyny pracy<sup>3</sup>**

Lp.	Jednostka organizacyjna	Stanowisko i komórka organizacyjna	Cel skierowania <sup>4</sup>	Orzeczenie komisji lekarskiej MSWiA (ocena zdolności)	Rozpoznanie choroby według ICD 10 <sup>2</sup>

- **Informacje dotyczące badań kontrolnych**

Lp.	Jednostka organizacyjna	Stanowisko i komórka organizacyjna	Funkcjonariusz Pracownik	Rozpoznanie choroby według ICD 10 <sup>2</sup>

- **Informacje dotyczące chorób zawodowych i chorób w związku ze służbą**

Lp.	Jednostka organizacyjna	Stanowisko i komórka organizacyjna	Funkcjonariusz Pracownik	Rozpoznanie

- **Informacje dotyczące uzależnienia od nikotyny**

Liczba funkcjonariuszy i pracowników objętych profilaktyczną opieką zdrowotną deklarujących używanie tytoniu (ogółem )	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

● **Informacje dotyczące wizytacji stanowisk pracy**

Lp.	Jednostka organizacyjna	Liczba wizytowanych stanowisk pracy	Wizytujący (lekarz, psycholog, pielęgniarka)

● **Informacje dotyczące zrealizowanych warsztatów dla funkcjonariuszy i pracowników**

Lp.	Temat	Osoba prowadząca	Liczba osób biorących udział w warsztatach	Czas trwania Liczba godzin dydaktycznych.

**Dział 5. Informacje dotyczące personelu ZOZ (według stanu na dzień 31 grudnia 2010 roku)**

LEKARZE			PSYCHOLODZY			PIELĘGNIARKI		
Nazwisko i imię	Stanowisko <sup>5</sup>	Wymiar etatu	Nazwisko i imię	Stanowisko <sup>5</sup>	Wymiar etatu	Nazwisko i imię	Stanowisko <sup>5</sup>	Wymiar etatu

● **Informacje o ukończonych kursach/szkoleniach personelu służby medycyny pracy**

Lp.	Nazwisko i imię	Rodzaj ukończonego szkolenia/ kursu	Czas trwania Liczba godzin dydaktycznych.

**Dział 6. Informacje, którymi chcą się Państwo podzielić**

**Objaśnienia:**

1. wypełnia się na podstawie rejestru zaświadczeń lekarskich wydawanych na podstawie orzeczeń (załącznik Nr 7 do rozporządzenia MZiOS z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy Dz.U.Nr 69, poz. 332 z późn. zm), oraz zaświadczeń wydanych na podstawie § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2009r. w sprawie zadań służby medycyny pracy wynikających ze specyfiki ryzyka zawodowego w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (Dz.U.Nr 131, poz. 1081);
2. podać kategorię 3 znakową jednostki chorobowej według ICD-10;
3. uwzględnić tylko te komisje lekarskie, na które kierowani byli funkcjonariusze na wniosek służby medycyny pracy;
4. wypełnia się o oparciu o informacje zawarte § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2009r. w sprawie zadań służby medycyny pracy wynikających ze specyfiki ryzyka zawodowego w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (Dz.U.Nr 131, poz. 1081);
5. podać stanowisko określone w umowie o pracę (np. kierownik, asystent, starszy psycholog, inspektor, pielęgniarka).

**UWAGA:**

**Sprawozdanie sporządza kierownik zakładu opieki zdrowotnej medycyny pracy SW według stanu na dzień 31 grudnia 2010 r. i przekazuje je do Zespołu Służby Medycyny Pracy i Bezpieczeństwa i Higieny Pracy w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej w terminie do 15 stycznia 2011 r.**

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można  
uzyskać pod nr telefonu

Pieczętka imienna oraz podpis  
Kierownika zakładu opieki zdrowotnej

.....

.....

miejsowość i data sporządzenia sprawozdania .....