

Warszawa, dnia 17 maja 2024 r.

Poz. 748

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2 maja 2024 r.

w sprawie współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Na podstawie art. 24b ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakres i tryb współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, zwanych dalej „podmiotami leczniczymi”, z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, zwanym dalej „Centrum”;
- 2) sposób gromadzenia, przechowywania, przetwarzania i tryb przekazywania informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych;
- 3) wzór indywidualnego kwestionariusza sprawozdawczego osoby zgłaszającej się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, zwanego dalej „kwestionariuszem”.

§ 2. 1. Kierownik podmiotu leczniczego wyznacza osobę odpowiedzialną za bieżący kontakt z Centrum w zakresie gromadzenia i przekazywania informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych.

2. Kierownik podmiotu leczniczego przekazuje do Centrum informację o osobie, o której mowa w ust. 1, zawierającą jej imię i nazwisko, numer telefonu służbowego oraz adres poczty elektronicznej.

3. Kierownik podmiotu leczniczego powiadamia Centrum o zmianach danych, o których mowa w ust. 2, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ich zmiany.

§ 3. 1. Informacje na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, o których mowa w art. 24b ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, podmioty lecznicze gromadzą w kwestionariuszu.

2. Kwestionariusz wypełnia osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych, na podstawie wywiadu przeprowadzanego z pacjentem w czasie jego pierwszej wizyty w podmiocie leczniczym, w warunkach zapewniających ochronę prywatności i poszanowanie godności pacjenta.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

3. Osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych informuje pacjenta o możliwości odmowy wzięcia udziału w wywiadzie w celu wypełnienia kwestionariusza albo odmowy udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania zawarte w kwestionariuszu, jeżeli udzielenie odpowiedzi naruszałoby, w ocenie pacjenta, jego poczucie prywatności lub godności.

4. Jeżeli ze względu na stan pacjenta lub potrzebę zapewnienia prawidłowego przebiegu leczenia nie jest możliwe wypełnienie kwestionariusza w czasie pierwszej wizyty w podmiocie leczniczym, osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych wypełnia go w trakcie dwóch kolejnych wizyt.

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

- 1) zakończy leczenie w danym podmiocie leczniczym i po raz kolejny zgłasza się do leczenia lub do tego samego podmiotu leczniczego;
- 2) zgłasza się na leczenie do podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne po co najmniej sześciomiesięcznej przerwie w leczeniu.

6. Kwestionariusz wypełnia się w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej za pośrednictwem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych udostępnionych podmiotom leczniczym przez Centrum.

7. Wzór kwestionariusza określa załącznik do rozporządzenia.

8. Wypełnione kwestionariusze podmioty lecznicze przekazują do Centrum kwartalnie, w terminie do końca miesiąca następującego po zakończeniu kwartału, w którym informacje zostały zgromadzone.

§ 4. 1. Podmioty lecznicze opracowują odrębne zestawienie identyfikatorów, o których mowa w art. 24b ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, pacjentów, którzy byli w trakcie leczenia w danym podmiocie leczniczym w dniu 31 grudnia roku poprzedniego, i przekazują to zestawienie do Centrum w terminie do dnia 31 stycznia każdego roku.

2. Podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne inne niż realizowane w warunkach dziennych lub podmioty prowadzące leczenie substytucyjne przekazują do Centrum zestawienie, o którym mowa w ust. 1, w terminie do dnia 31 lipca każdego roku.

3. Podmioty lecznicze przekazują do Centrum informacje o każdym przypadku zakończenia leczenia nie później niż 14 dni od dnia jego zakończenia.

4. Informacje, o których mowa w ust. 3, zawierają: resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego, dwie pierwsze litery imienia pacjenta, dwie pierwsze litery nazwiska pacjenta, datę urodzenia, płeć, informację o zakończeniu albo kontynuacji leczenia, powód zakończenia leczenia, datę kontaktu pacjenta z podmiotem leczniczym oraz datę zakończenia leczenia.

§ 5. Kwestionariusze, zestawienia, o których mowa w § 4 ust. 1, oraz informacje, o których mowa w § 4 ust. 3, podmioty lecznicze przekazują za pośrednictwem:

- 1) dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych udostępnionych podmiotom leczniczym przez Centrum albo
- 2) elektronicznej skrzynki podawczej w rozumieniu art. 3 pkt 17 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 307), albo
- 3) przesyłki poleconej w rozumieniu art. 3 pkt 22 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1640 oraz z 2024 r. poz. 467), albo
- 4) adresu do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344).

§ 6. 1. Podmioty lecznicze oraz Centrum przechowują kwestionariusze, zestawienia, o których mowa w § 4 ust. 1, oraz informacje, o których mowa w § 4 ust. 3, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych albo w swojej siedzibie.

2. Informacje na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych przetwarzają się w sposób zapewniający ich bezpieczeństwo, w tym ochronę przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utratą, modyfikacją lub nieuprawnionym ujawnieniem albo dostępem.

§ 7. Kwestionariusze wypełnione zgodnie z wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (Dz. U. poz. 689) i nieprzekazane do Centrum przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia oraz zestawienia identyfikatorów, o których mowa w art. 24b ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, pacjentów, którzy byli w trakcie leczenia w dniu 31 grudnia 2023 r., podmioty lecznicze prześlą do Centrum w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.²⁾

Minister Zdrowia: *wz. W. Konieczny*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (Dz. U. poz. 689), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 2024 r. zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2469 oraz z 2023 r. poz. 1972).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 2 maja 2024 r. (Dz. U. poz. 748)

WZÓR

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

Informacja dla osoby przeprowadzającej wywiad

Przed przystąpieniem do realizacji wywiadu proszę poinformować pacjenta o anonimowości, celu i sposobie wykorzystania informacji gromadzonych w ramach wywiadu oraz o możliwości odmowy wzięcia udziału w wywiadzie w celu wypełnienia kwestionariusza albo odmowy udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania zawarte w kwestionariuszu, jeżeli udzielenie odpowiedzi naruszałoby, w ocenie pacjenta, jego poczucie prywatności lub godności. Informacje zbierane w kwestionariuszu są wykorzystywane wyłącznie w celach analiz statystycznych w sposób zapewniający pełną anonimowość pacjenta. Anonimowe dane przekazywane są do Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w celu dalszej analizy zbiorczej. Analiza danych o populacji osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych pozwala śledzić trendy w zakresie używania narkotyków oraz aktualnej sytuacji osób uzależnionych. Pozwala to na lepsze dostosowanie oferty do aktualnej sytuacji pacjentów.

Pytanie	Odpowiedzi												
1. Identyfikator pacjenta													zakodowana informacja o płci ¹⁾
	<i>pierwsza litera imienia</i>	<i>druga litera imienia</i>	<i>pierwsza litera nazwiska</i>	<i>druga litera nazwiska</i>	<i>dzień</i>		<i>miesiąc</i>		<i>rok</i>		<i>data urodzenia – dzień, miesiąc, rok</i>		
2. Data kontaktu z placówką – dzień, miesiąc, rok													
	<i>dzień</i>			<i>miesiąc</i>				<i>rok</i>					
3. Kto skierował pacjenta?	<input type="checkbox"/> 1. sąd/prokurator/kurator/policja						<input type="checkbox"/> 5. placówka opiekuńczo-wychowawcza						
	<input type="checkbox"/> 2. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej						<input type="checkbox"/> 6. sam, rodzina, znajomi (bez udziału żadnej instytucji)						
	<input type="checkbox"/> 3. inny podmiot leczniczy prowadzący leczenie lub rehabilitację osób uzależnionych						<input type="checkbox"/> 7. inne						
	<input type="checkbox"/> 4. inny podmiot leczniczy lub jednostka pomocy społecznej						<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono						
4. Czy pacjent kiedykolwiek był leczony w jakimkolwiek podmiocie	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nie był leczony w żadnej placówce												
	<input type="checkbox"/> 2. był poprzednio leczony w jakiegokolwiek placówce												

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

lecznicy z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych?	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono							
5. Rok pierwszego w życiu leczenia								Należy wpisać cztery cyfry roku podjęcia pierwszego leczenia; jeżeli nie ustalono roku lub jeżeli pacjent nie był leczony, nic nie wpisywać (zostawić puste).
6. Z kim pacjent mieszka? (dotyczy ostatnich 30 dni)	<input type="checkbox"/> 1. sam							<input type="checkbox"/> 5. w noclegowniach lub w innych instytucjach
	<input type="checkbox"/> 2. z rodziną pochodzenia (np. rodzice)							<input type="checkbox"/> 6. inne
	<input type="checkbox"/> 3. z partnerem/partnerką							<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono
	<input type="checkbox"/> 4. u znajomych (brak pokrewieństwa)							
7. Posiadanie dzieci	<input type="checkbox"/> 1. bezdzietny							<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono
	2. posiadający dzieci ²⁾ :							
	<input type="checkbox"/> 2.1. posiadający dzieci i z nimi niezamieszkujący			<input type="checkbox"/> 2.2. posiadający dzieci i z nimi zamieszkujący				
8. Status zamieszkania (dotyczy ostatnich 30 dni)	<input type="checkbox"/> 1. miejsce zamieszkania							<input type="checkbox"/> 3. inne
	<input type="checkbox"/> 2. miejsce pobytu inne niż miejsce zamieszkania lub bezdomność							<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono
9. Miejsce zamieszkania/ pobytu – nazwa miejscowości, gminy, powiatu i województwa ³⁾ (dotyczy ostatnich 30 dni)	Nazwa województwa							Nazwa powiatu
	Nazwa gminy							Nazwa miejscowości
10. Miejsce zamieszkania/ pobytu – identyfikator jednostki podziału terytorialnego								Wpisać identyfikator miejsca zamieszkania (gminy)
	<input type="checkbox"/> 0000000. nie ustalono							
	<input type="checkbox"/> 9999999. inne kraje niż Polska							

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

³⁾ W przypadku wersji elektronicznej kwestionariusza wypełnienie pól dotyczących miejsca zamieszkania spowoduje automatyczne wygenerowanie identyfikatora z Krajowego Rejestru Urzędowego Podziału Terytorialnego Kraju TERYT.

zgodnie z rejestrem TERYT ⁴⁾ (dotyczy ostatnich 30 dni)								
11. Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> 1. polskie						<input type="checkbox"/> 3. państwa innego niż państwo członkowskie Unii Europejskiej	
	<input type="checkbox"/> 2. innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej						<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono	
12. Aktywność zawodowa (dotyczy ostatnich 30 dni)	<input type="checkbox"/> 1. zatrudnienie tymczasowe / praca dorywcza						<input type="checkbox"/> 5. ekonomicznie nieaktywny (rencista, emeryt, prowadzący gospodarstwo domowe itp.)	
	<input type="checkbox"/> 2. zatrudnienie stałe						<input type="checkbox"/> 6. inne	
	<input type="checkbox"/> 3. uczeń/student						<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono	
	<input type="checkbox"/> 4. bezrobotny							
13. Poziom wykształcenia (najwyższe ukończone)	<input type="checkbox"/> 1. podstawowe nieukończone lub bez wykształcenia szkolnego						<input type="checkbox"/> 6. średnie policealne	
	<input type="checkbox"/> 2. podstawowe						<input type="checkbox"/> 7. wyższe – licencjat	
	<input type="checkbox"/> 3. gimnazjalne						<input type="checkbox"/> 8. wyższe – magisterskie	
	<input type="checkbox"/> 4. zasadnicze zawodowe / zasadnicze branżowe						<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono	
	<input type="checkbox"/> 5. średnie / średnie branżowe / średnie maturalne							

14. Używanie substancji (dotyczy wyłącznie pozamedycznego używania substancji w okresie ostatnich 30 dni ⁵⁾)					
Rodzaj	Status ⁶⁾	Sposób przyjmowania	Częstość używania	Wiek pierwszego użycia	Wiek rozpoczęcia regularnego używania
		1 – podstawowy	1 – iniekcje	1 – codziennie	00 – nie ustalono
	2 – pierwszy dodatkowy	2 – palenie/ wdychanie	2 – używał 4–6 dni na tydzień		
	3 – kolejne dodatkowe	3 – jedzenie/picie	3 – używał 2–3 dni na tydzień		
	0 – nie ustalono	4 – wciąganie przez nos (sniff)	4 – używał raz na tydzień lub rzadziej	99 – nie używał regularnie	

⁴⁾ W przypadku wersji papierowej kwestionariusza należy samodzielnie wprowadzić identyfikator zgodnie z Krajowym Rejestrem Urzędowym Podziału Terytorialnego Kraju TERYT.

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

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

		5 – inne 0 – nie ustalono	5 – nie używał w okresie ostatnich 30 dni 0 – nie ustalono				
1) heroina							
2) metadon							
3) buprenorfina							
4) fentanyl							
5) inne pochodne fentanylu (nowe fentanyle) (<i>jakie?</i>)							
6) opiaty produkowane domowym sposobem (kompot)							
7) inne opioidy (<i>jakie?</i>)							
8) kokaina							
9) crack							
10) inne formy kokainy (<i>jakie?</i>)							
11) amfetamina							
12) metamfetamina							
13) MDMA (ecstasy)							
14) inne fenetylaminy o działaniu stymulującym (<i>jakie?</i>)							
15) syntetyczne katynony (<i>jakie?</i>)							
16) inne stymulanty (<i>jakie?</i>)							
17) barbiturany							
18) benzodiazepiny							
19) inne leki uspokajające i nasenne (<i>jakie?</i>)							
20) inne leki (<i>jakie?</i>)							

21) GHB/GBL							
22) LSD							
23) ketamina							
24) grzyby halucynogenne							
25) fenetylaminy o działaniu halucynogennym (<i>jakie?</i>)							
26) inne halucynogeny (<i>jakie?</i>)							
27) substancje wziewne							
28) marihuana							
29) genetycznie zmienione konopie (skun)							
30) haszysz							
31) syntetyczne kannabinoidy (<i>jakie?</i>)							
32) inne formy konopi (<i>jakie?</i>)							
33) alkohol							
34) inne substancje ⁷⁾ (<i>jakie?</i>)							
15. Czy więcej niż jedna substancja mogłaby posiadać status podstawowej?	<input type="checkbox"/> 1. tak	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono					
	<input type="checkbox"/> 2. nie						
16. Leczenie substytucyjne otrzymywane – metadon	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nieotrzymywane	<input type="checkbox"/> 3. obecnie (<u>w okresie ostatnich 30 dni</u>)					
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek w życiu, ale nie obecnie	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono					
17. Leczenie substytucyjne otrzymywane – buprenorfina ⁸⁾	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nieotrzymywane	<input type="checkbox"/> 3. obecnie (<u>w okresie ostatnich 30 dni</u>)					
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek w życiu, ale nie obecnie	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono					
	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nieotrzymywane	<input type="checkbox"/> 3. obecnie (<u>w okresie ostatnich 30 dni</u>)					

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

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

18. Leczenie substytucyjne otrzymywane – inne substancje (<i>jakie?</i>)	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek w życiu, ale nie obecnie	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono	
19. Wiek, w którym pacjent rozpoczął pierwsze w życiu leczenie substytucyjne	Wpisać wiek pierwszego leczenia substytucyjnego		
	<input type="checkbox"/> 00. nie ustalono		
	<input type="checkbox"/> 99. nigdy nie otrzymywał leczenia substytucyjnego		
20. Używanie środków odurzających lub substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w iniekcjach	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nie używał w iniekcjach		
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek używał w iniekcjach ⁹⁾ :		
	<input type="checkbox"/> 2.1. używał w iniekcjach, ale nie w okresie ostatnich 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> 2.2. używał w iniekcjach w okresie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w okresie ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/> 2.3. obecnie używa w iniekcjach (<i>dotyczy ostatnich 30 dni</i>)
	<input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi		
	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono		
21. Wiek pierwszej iniekcji	Wpisać wiek pierwszej w życiu iniekcji		
	<input type="checkbox"/> 00. nie ustalono		
	<input type="checkbox"/> 99. nigdy nie używał w iniekcjach		
22. Dzielenie się igłami lub strzykawkami	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nie dzielił się igłami lub strzykawkami		
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami ¹⁰⁾ :		
	<input type="checkbox"/> 2.1. dzielił się igłami lub strzykawkami, ale nie w okresie ostatnich 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> 2.2. dzielił się igłami lub strzykawkami w okresie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w okresie ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/> 2.3. obecnie dzieli się igłami lub strzykawkami (<i>dotyczy ostatnich 30 dni</i>)
	<input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi		
	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono		
23. Test w kierunku HIV	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nie był badany		
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek był badany ¹¹⁾ :		
	<input type="checkbox"/> 2.1. badany, ale nie w okresie ostatnich 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> 2.2. badany w okresie ostatnich 12 miesięcy	
	<input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi		
	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono		
24. Status HIV	<input type="checkbox"/> 1. badany – wynik dodatni	<input type="checkbox"/> 4. nie był badany w okresie ostatnich 12 miesięcy	
	<input type="checkbox"/> 2. badany w okresie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono	

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

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

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

	<input type="checkbox"/> 3. badany w okresie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznany						
25. Test w kierunku HCV	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nie był badany						
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek był badany ¹²⁾ :						
	<input type="checkbox"/> 2.1. badany, ale nie w okresie ostatnich 12 miesięcy				<input type="checkbox"/> 2.2. badany w okresie ostatnich 12 miesięcy		
	<input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi						
	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono						
26. Status HCV	<input type="checkbox"/> 1. badany – wynik dodatni			<input type="checkbox"/> 4. nie był badany w okresie ostatnich 12 miesięcy			
	<input type="checkbox"/> 2. badany w okresie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny			<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono			
	<input type="checkbox"/> 3. badany w okresie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznany						
27. Wynik zgłoszenia	<input type="checkbox"/> 1. podjęto leczenie w podmiocie leczniczym			<input type="checkbox"/> 4. nie podjęto leczenia, ponieważ pacjent nie zdecydował się na leczenie			
	<input type="checkbox"/> 2. skierowano do innego podmiotu leczniczego			<input type="checkbox"/> 5. nie podjęto leczenia z innego powodu			
	<input type="checkbox"/> 3. nie podjęto leczenia, ponieważ pacjent nie potrzebował leczenia			<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono			
28. Rozpoznanie podstawowe według ICD-10	F			.		<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono	<i>Wpisać symbol choroby zasadniczej według ICD-10 (każda cyfra w osobnej kratce) lub zaznaczyć nie ustalono</i>
29. Diagnoza dodatkowa według ICD-10	<input type="checkbox"/> 1. F60–F69 – zaburzenia osobowości			<input type="checkbox"/> 6. F10 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu			
	<input type="checkbox"/> 2. F32, F33 – zaburzenia depresyjne			<input type="checkbox"/> 7. F11–F16, F18, F19 – zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków i innych substancji psychoaktywnych			
	<input type="checkbox"/> 3. F30, F31, F34–F39 – inne zaburzenia afektywne			<input type="checkbox"/> 8. F00–F09, F42–F48, F50–F59, F70–F99 – pozostałe zaburzenia psychiczne			
	<input type="checkbox"/> 4. F40, F41 – zaburzenia lękowe			<input type="checkbox"/> 9. inne schorzenia			
	<input type="checkbox"/> 5. F20–F29 – schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe			<input type="checkbox"/> 0. brak choroby dodatkowej lub nie ustalono			
30. Kontynuacja leczenia z poprzedniego roku	<input type="checkbox"/>		<i>Zaznaczyć, jeżeli pacjent kontynuuje leczenie z poprzedniego roku. Zostawić puste, jeżeli jest to nowy epizod leczenia.</i>				
31. Zakończenie leczenia – dzień, miesiąc, rok							
	<i>dzień</i>		<i>miesiąc</i>			<i>rok</i>	

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

32. Powód zakończenia leczenia	<input type="checkbox"/> 1. planowe zakończenie leczenia	<input type="checkbox"/> 4. zakończenie leczenia z powodu zgonu pacjenta
	<input type="checkbox"/> 2. zakończenie leczenia z powodów dyscyplinarnych	<input type="checkbox"/> 5. zakończenie leczenia z powodu skierowania na leczenie w innym podmiocie leczniczym
	<input type="checkbox"/> 3. zakończenie leczenia na żądanie pacjenta	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono