(pieczęć jednostki Policji)

……....................................................... dnia ....................201 .... roku *(miejscowość) (data)*

**Nr** (KW / KZ /JED)…………………...............

**ZLECENIE – KARTA INFORMACYJNA – ZAŚWIADCZENIE**

dotyczy wykonywania świadczeń lekarskich zgodnie z aktualną umową pomiędzy Komendantem Wojewódzkim Policji w Krakowie

a Świadczeniodawcą ..........................................................................................................................................................

*(Zakład Opieki Zdrowotnej – wpisać nazwę)*

**Z L E C E N I E - (W Y P E Ł N I A P O L I C J A N T)**

1. **Dane osoby:**
2. **NAZWISKO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **IMIĘ 3. IMIĘ OJCA** (MATKI)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **PESEL 5. DATA URODZENIA** (dzień-miesiąc-rok):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |

1. **Przedmiot zlecenia** (zaznaczyć krzyżykiem zlecane świadczenie medyczne)

**1. Pobranie krwi lub innego materiału biologicznego** (bez badań analitycznych) **od osoby zatrzymanej /podejrzanej** wraz z wywiadem i badaniem w zakresie niezbędnym wyłącznie do wykonania tego pobrania; **\***

zgodnie z przepisami rozporządzenia Min. Zdrowia z dn. 11.12.2015r. *w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie* (Dz.U. z 2015r. poz. 2153), rozporządzenia Min. Zdrowia z dn. 16.07.2014r. *w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie* (Dz.U. z 2014r. poz. 948), rozporządzenia Min. Sprawiedliwości z dn. 23.02.2005r. *w sprawie poddawania badaniom lub wykonywania czynności z udziałem oskarżonego oraz osoby podejrzanej* (Dz. U. z 2005r. Nr 33 poz. 299 z późn. zm.).

**2. Badanie osoby zatrzymanej lub doprowadzanej przez Policję lub badanie osoby w celu stwierdzenia, czy stan zdrowia osoby doprowadzonej pozwala na jej przyjęcie do aresztu śledczego wraz z opisem ewentualnych obrażeń; \***

badanie osoby zatrzymanej lub doprowadzanej przez Policję wykonywane zgodnie z przepisami rozporządzenia Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 13.09.2012r. *w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję* (Dz.U. z 2012r. poz. 1102)

badanie osoby w celu stwierdzenia, czy stan zdrowia osoby doprowadzonej pozwala na jej przyjęcie do aresztu śledczego wraz z opisem ewentualnych obrażeń zgodnie z przepisami rozporządzenia Min. Sprawiedliwości z dn. 23.06.2015r. *w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawienie wolności oraz dokumentowania tych czynności* (Dz.U. z 2015r. poz. 927 z późn. zm.).

**3. Kwalifikacja (badanie) osoby do umieszczenia jej w jednostce Policji w celu wytrzeźwienia; \***

badanie wykonywane zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dn. 04.06.2012r. *w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb* (Dz.U. z 2012r. poz. 638 z późn. zm.).

................................................................................................. ............................................................................................. **pieczęć i podpis**  **podpis** (czytelny) **osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia** *funkcjonariusza Policji wypełniającego zlecenie*

*(komendant, dyżurny, naczelnik, os. upoważniona przez ww).*

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**BADANIE OSOBY - (W Y P E Ł N I A L E K A R Z)**

(osoba wskazana w I zgodnie z punktem II części A zlecenia)

**POBRANIE KRWI LUB INNEGO MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO\*** (dot. cz. A pkt IIppkt **1**);

**BADANIE OS. ZATRZYMANEJ LUB OS. DOPROWADZANEJ \*** (dot. cz. A pkt IIppkt **2**);

**BADANIE OS. DOPROWADZANEJ DO JEDNOSTKI POLICJI W CELU WYTRZEŹWIENIA\***(dot. cz. A pkt IIppkt **3**);

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** badania / czynności: | **\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_- 201\_\_\_\_ r.** | **Godzina** badania/ czynności: | **\_\_\_\_ : \_\_\_\_** |

**Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E - STWIERDZAM:**

**(BADANIE** **OSOBY ZATRZYMANEJ** LUB **DOPROWADZANEJ) (2)**

**brak przeciwwskazań medycznych** do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym.\*

**wystąpienie przeciwwskazań medycznych** do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym.\*

osobę kieruje się do podmiotu leczniczego w celu wykonania badań diagnostycznych lub leczenia do: ...................................................................................................................(samo skierowanie na odrębnym dokumencie lekarskim).\*

**konieczne jest** przewiezienie ww. osoby do podmiotu leczniczego specjalistycznym środkiem transportu medycznego.\*

**(OPIS OBRAŻEŃ CIAŁA)** ………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**(OCENA LEKARSKA** **OSOBY DOPROWADZANEJ** DO JEDNOSTKI POLICJI **W CELU WYTRZEŹWIENIA) (3)**

**brak przeciwwskazań medycznych** do przebywania w jednostce Policji - (stwierdzony stan nietrzeźwości).\*

**wystąpienie przeciwwskazań medycznych** do przebywania w jednostce Policji oraz wystąpienie przesłanek do skierowania do podmiotu leczniczego;\*.......................................................................................(samo skierowanie na odrębnym dokumencie lekarskim).

odmowa poddania się badaniu lekarskiemu oraz wystąpienie przesłanek do skierowania do podmiotu leczniczego\* ..........................................................................................................................(samo skierowanie na odrębnym dokumencie lekarskim).

odmowa poddania się badaniu lekarskiemu oraz brak przesłanek do skierowania do podmiotu leczniczego.\*

**brak objawów stanu nietrzeźwości** uzasadniających umieszczenie w jednostce Policji.\*

konieczność wykonania zabiegów higieniczno-sanitarnych, uwzględniając objawy stanu nietrzeźwości.\*

**ZACHOWANIE OSOBY BADANEJ:**

nie wyraża zgody na udzielenie jej pierwszej pomocy medycznej lub przeprowadzenia badań.\*

swoim zachowaniem uniemożliwia wykonanie czynności medycznych.\*

inne\* .........……………………………………………….….......………………………………..……………………………

**Podano leki:** \* ............................................................................................................................ .......................…………………………….………………….….......………………………………..……………………………

**Wskazania dotyczące konieczności zażywania leków i ich dawkowania** oraz opis dotyczący wywiadu lekarskiego, rodzaju, zakresu i wyników badań / czynności / pomocy doraźnej/ inne uwagi, itp.**:** …………………………………..……………........................……………………….…………………………..………...………

…………….....................……………………..……………………………………….…………………………………...…………

…………….....................……………………..……………………………………….…………………………………...…………

……………………...……………….....… ..……………………..…………………...

*(ID służb., stopień, imię i nazwisko doprowadzającego)*  *(****podpis i pieczęć lekarza****)*