

## **Procedura postępowania w przypadku zgonu pacjenta w Wojewódzkim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży**

### **Procedura opracowana na podstawie:**

1. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz.633 z późn. zm.)*
2. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r.w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz.U. z 2012 r, poz. 420 z późn. zm.)*
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. rok 2001 nr 153 poz. 1783 zmiany: Dz.U. z 2007 r., Nr 1, poz. 10; Dz.U. z 2020 r., poz. 585 z późn. zm.)*
4. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. z roku 2019 poz. 1085)*
5. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzania zgonu i jego przyczyny (Dz. U. rok 1961 nr 39 poz. 202 z późn. zm.)*

### **Zakres procedury:**

Procedura określa sposób postępowania w przypadku śmierci pacjenta w Wojewódzkim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży i reguluje w szczególności:

1. postępowanie w przypadku śmierci pacjenta
2. odbiór i transport zwłok przez pracownika firmy zewnętrznej
3. zgłoszenie zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić
4. wypełnianie i wydawanie karty zgonu
5. postępowanie ze zwłokami osoby zmarłej na choroby zakaźne ( Covid -19)

### **OSOBY ODPOWIEDZIALNE**

1. Pielęgniarka Koordynująca/dyżurna – za zgłoszenie zgonu, przygotowanie i oznaczenie zwłok, organizacja transportu;
2. Lekarz dyżurny/ lekarz prowadzący – za stwierdzenie zgonu, sporządzenie karty zgonu, zawiadomienie rodziny;

### **TRYB POSTĘPOWANIA:**

1. W przypadku śmierci pacjenta pielęgniarka zawiadamia lekarza prowadzącego / dyżurnego.
2. Lekarz:
  - a. dokonuje oględzin zmarłego pacjenta i stwierdza zgon,

- b. odnotowuje w historii choroby prawdopodobną przyczynę zgonu, datę i godzinę zgonu.
  - c. Powiadamia rodzinę o zgonie pacjenta niezwłocznie (osobiście lub telefonicznie), wyłącznie osobę upoważnioną lub przedstawiciela ustawowego/instytucję wskazanych przez pacjenta. Fakt ten odnotowuje w historii choroby pacjenta, z adnotacją zawierającą dane osoby, którą powiadomiono.
  - d. Wystawia kartę zgonu pacjenta w systemie MEDIS (**załącznik nr 1**). Karta zgonu wydawana jest w jednym egzemplarzu przez lekarza stwierdzającego zgon lub osobę wyznaczoną przez Koordynatora oddziału spośród pracowników oddziału, osobie uprawnionej do pochowania zwłok, za potwierdzeniem odbioru (**załącznik nr 2**). Potwierdzenie odbioru karty zgonu umieszcza się w historii choroby pacjenta.
  - e. W przypadku, gdy przyczyna zgonu jest znana i nie ma podejrzenia zgonu w wyniku przestępstwa oraz nie ma wskazań do wykonania sekcji zwłok rodzina/przedstawiciel ustawy może wnioskować o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok (**załącznik nr 3**).
  - f. W przypadku, gdy nie można ustalić przyczyny zgonu lub jest ona niejednoznaczna, lekarz podejmuje decyzję o wykonaniu sekcji zwłok i wystawia wniosek o dokonanie sekcji zwłok (**załącznik nr 4**). W takich przypadkach termin przekazania karty zgonu nastąpi po wykonaniu sekcji zwłok. Lekarz prowadzący może wystawić kartę zgonu po uzyskaniu „wyniku wstępnego sekcji zwłok”. Osobie uprawnionej podaje się przybliżony termin odebrania karty zgonu, a w przypadku wykonania sekcji sądowo – lekarskiej lub sekcji zwłok zleconej przez Inspekcję Sanitarną podaje się numer telefonu do zakładu wykonującego taką sekcję lub instytucji (Zakład Medycyny Sądowej w Białymstoku tel. 85-748 5950; Prokuratura Rejonowa w Łomży, tel. 86 2155402)
  - g. W przypadku, gdy lekarz stwierdza lub podejrzewa, że zgon nastąpił z powodu choroby zakaźnej postępuje według „Procedury postępowania z ciałem pacjenta zmarłego z powodu choroby zakaźnej, w tym z powodu COVID-19”.
  - h. Lekarz stwierdzający zgon i jego przyczyny, obowiązany jest dla celów statystycznych udzielać na żądanie właściwych organów, wyjaśnień odnoszących się do faktu zgonu i jego przyczyny. Jeżeli zmarły pozostawał podczas ostatniej choroby pod opieką lekarską, wyjaśnienia powinny również dotyczyć przebiegu tej choroby; wyjaśnienia te stanowią tajemnicę prawnie chronioną i mogą być wykorzystywane tylko dla celów statystycznych oraz w postępowaniu sądowym.
3. Pielęgniarka:
- a) odnotowuje datę oraz godzinę zgonu w systemie informatycznym MEDIS w „wypisie niekompletnym” oraz w „obserwacjach pielęgniarskich”
  - b) Podejmuje działania pośmiertne:
    - rozbiera zmarłego,
    - zdejmuje biżuterię, zegarek,
    - usuwa kaniule z naczyń obwodowych, cewniki, opatrunki itp., za wyjątkiem cewnika PEG oraz przypadków określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach; (w przypadkach koniecznych ogranicza ryzyko kontaktu z płynami ustrojowymi),
    - w przypadku zabrudzenia myje ciało, zamyka powieki, zabezpiecza ręce i głowę.
  - c) Dokonuje oznakowania zwłok: zaopatrzuje pacjenta w dwa identyfikatory z tworzywa sztucznego, zawierające dane:
    - imię i nazwisko osoby zmarłej, numer PESEL lub datę urodzin,

- datę i godzinę zgonu,
  - Identyfikatory umieszcza się na przegubach dłoni albo stóp zmarłego oraz na klatce piersiowej.
  - okrywa ciało prześcieradłem;
- d) W przypadku zgonu z powodu choroby zakaźnej na opasce
- identyfikacyjnej i na prześcieradle umieszcza dodatkowo napis „niebezpieczeństwo skażenia”.
- e) zabezpiecza dokumentację pacjenta;
- f) zabezpiecza rzeczy osobiste zmarłego, dokonuje ich spisu w dokumentacji MEDIS. Zabezpieczone rzeczy pacjenta: ubrania i środki czystości oraz inne przedmioty osobiste zostają spakowane w plastikowy worek, oznakowany jego imieniem i nazwiskiem. Po przybyciu rodziny/opiekuna/przedstawiciela ustawowego wskazanego w dokumentacji medycznej są przekazywane, za poświadczeniem odbioru (przedstawiciel rodziny/opiekun prawny kwituje odbiór rzeczy osobistych na wydruku z dokumentacji MEDIS, który następnie zostaje umieszczony w dokumentacji pacjenta,)
- g) nadzoruje umieszczenie zwłok, po upływie dwóch godzin od zgonu w odizolowanym chłodnym pomieszczeniu (pro morte), albo w innym chłodnym miejscu z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
- h) powiadamia personel sprząający o konieczności przeprowadzenia czynności porządkowych: dezynfekcji, umycia łóżka i jego wyposażenia sali, a w razie potrzeby drogi transportu zwłok.
4. Przy wykonywaniu czynności przy zmarłym i czynności porządkowych personel ma obowiązek korzystać ze środków ochrony indywidualnej (fartuch, rękawiczki itp.).
5. Wydanie zwłok z oddziału nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 2 godzin od czasu stwierdzenia zgonu pacjenta.
6. Do obowiązków pielęgniarki wydającej zwłoki należy:
- a) wypełnienie karty przekazania zwłok do zakładu pogrzebowego/skierowania zwłok do chłodni (**załącznik nr 5**) wskazanego przez rodzinę/opiekuna/przedstawiciela ustawowego zmarłego pacjenta.
  - b) potwierdzenie tożsamości pracownika zakładu pogrzebowego na podstawie okazanego dowodu tożsamości.
  - c) potwierdzenie zgodności danych zmarłego w karcie przekazania zwłok z danymi na opaskach identyfikacyjnych.
  - d) umieszczenie karty przekazania zwłok w dokumentacji pacjenta.
7. Prawo pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa rodzina osoby zmarłej, a mianowicie:
- 1) małżonek,
  - 2) krewni zstępni,
  - 3) krewni wstępni,
  - 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa,
  - 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia,
  - 9) właściwe organy wojskowe- dotyczy osób wojskowych, zmarłych w czynnej służbie wojskowej;
  - 10) organy państwowe, instytucje i organizacje społeczne- dotyczy osób zasłużonych wobec Państwa i społeczeństwa;
  - 11) osoby, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.
  - 12) zwłoki nie pochowane przez w/w osoby i podmioty, chowane są przez właściwą gminę.

8. W przypadku braku możliwości odbioru zwłok przez rodzinę lub kiedy pochówek ciała leży po stronie gminy, zwłoki zostają przekazane na podstawie karty zlecenia przewozu zwłok (**załącznik nr 6**) do „Marczyk” Dom Pogrzebowy Andrzej Marczyk, ul. Przykoszarowa 22a, 18-400 Łomża, tel. 86 218 92 83 celem ich odpowiedniego zabezpieczenia do czasu pochówku. Kartę zlecenia przewozu zwłok umieszcza się w dokumentacji pacjenta. Ośrodek ma prawo pobrać opłatę od gminy za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niepochowaniem ich przez osoby uprawnione lub instytucje.

### **POSTĘPOWANIE ZE ZWŁOKAMI OSOBY ZMARŁEJ NA CHOROBY ZAKAŻNE W TYM WYWOŁANE WIRUSEM SARS-COV-2 (COVID-19)**

- I. W przypadku śmierci osoby z powodu choroby zakaźnej należy postępować zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.).
- II. Obowiązek zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu.
  1. Lekarz , który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej jest obowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu .
  2. Zgłoszenia dokonuje lekarz niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, chyba że ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej właściwy państwowy inspektor sanitarny postanowi inaczej (wzór zgłoszenia - **załącznik nr 7**)
  3. Zgłoszenie zawiera następujące dane osoby, u której podejrzano lub rozpoznano zakażenie, chorobę zakaźną lub stwierdzono zgon z tego powodu:
    - 1) imię i nazwisko;
    - 2) datę urodzenia;
    - 3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru - serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych;
    - 4) obywatelstwo;
    - 5) płeć;
    - 6) adres miejsca zamieszkania;
    - 7) rozpoznanie okoliczności wystąpienia zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego, oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej.

## Karta zgonu

|   |  |                               |                 |
|---|--|-------------------------------|-----------------|
| Nazwa podmiotu<br>wykonującego działalność leczniczą* | <b>Część przeznaczona do<br/>zarejestrowania<br/>zgonu</b> | Karta dotyczy osoby zmarłej** |                 |
|   |  | 1                             | dziecka do roku |
|   |  | 2                             | innej osoby     |

1. Nazwisko osoby zmarłej

2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej

3. Imię (imiona) osoby zmarłej

4. Nr PESEL osoby zmarłej

5. Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby zmarłej\*\*\*

6. Data i godzina zgonu\*\*\*\* rok    dzień   m-c   godz.   min

albo data i godzina znalezienia zwłok\*\*\*\* rok    dzień   m-c   godz.   min

7. Data urodzenia osoby zmarłej\*\*\*\* rok    dzień   m-c   godz.   min

w poz. 7 godz. i min oraz poz. 10–15 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do roku

8. Płeć osoby zmarłej\*\*

|   |           |
|---|-----------|
| 1 | mężczyzna |
| 2 | kobieta   |

10. Dziecko pochodziło z porodu\*\*

|   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | pojedynczego            |
| 2 | bliźniaczego            |
| 3 | trojaczego              |
| 4 | czworaczego             |
| 5 | pięcioraczego           |
| 6 | sześcioraczego i więcej |

9. Miejsce zgonu osoby zmarłej\*\*

|   |  |
|---|--|
| 1 | szpital  |
| 2 | podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital |
| 3 | dom  |
| 4 | inne   |

11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę\*\*\*\*

12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach\*\*\*\*

13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach\*\*\*\*

14. Okres trwania ciąży w tygodniach\*\*\*\*

15. Punkty w skali Apgar\*\*\*\*

16. Miejsce urodzenia osoby zmarłej

17. Miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok (miejscowość)

18. Informacje o przyczynach zgonu, osobie i sposobie stwierdzenia przyczyny zgonu

1) przyczyna zgonu bezpośrednia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

|  |   |
|--|---|
|  | w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny) |
|--|---|

2) przyczyna zgonu wtórna albo w przypadku zgonu w wyniku urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

|  |   |
|--|---|
|  | w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny) |
|--|---|

3) przyczyna zgonu wyjściowa (pierwotna) albo zewnętrzna przyczyna urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

|  |   |
|--|---|
|  | w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny) |
|--|---|

4) inne istotne okoliczności przyczyniające się do zgonu, ale niezwiązane z chorobą ani stanem ją powodującym wraz z kodem ICD-10

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

18a. Przyczyna zgonu: zgon z powodu choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych\*\*

|   |     |
|---|-----|
| 1 | tak |
| 2 | nie |

18b. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu

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

18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem?\*

|   |     |
|---|-----|
| 1 | tak |
| 2 | nie |

18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok?\*

|   |     |
|---|-----|
| 1 | tak |
| 2 | nie |

.....  
imię (imiona) i nazwisko osoby sporządzającej kartę zgonu oraz jej podpis

rok [ ][ ][ ][ ] dzień [ ][ ] m-c [ ][ ]

Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu<sup>1)</sup>

|                              |
|------------------------------|
|                              |
| Nazwa urzędu stanu cywilnego |

19. Wykształcenie osoby zmarłej\*\*

|   |                     |   |                     |
|---|---------------------|---|---------------------|
| 1 | wyższe              | 5 | gimnazjalne         |
| 2 | policealne          | 6 | podstawowe          |
| 3 | średnie             | 7 | niepełne podstawowe |
| 4 | zasadnicze zawodowe | 8 | nieustalone         |

20. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej

|  |             |
|--|-------------|
| nazwa  | województwa |
|  | gminy       |
|  | miejsowości |
| 20a. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze gminy |             |

Oznaczenie aktu zgonu [ ]

rok [ ][ ][ ][ ] dzień [ ][ ] m-c [ ][ ]

.....  
podpis kierownika urzędu stanu cywilnego

<sup>1)</sup> Nie jest wymagane w przypadku dziecka martwo urodzonego.



.....  
Pieczęć jednostki

## **POTWIERDZENIE ODBIORU KARTY ZGONU**

Ja niżej podpisany/a

.....  
(Imię i Nazwisko oraz nr dowodu osobistego osoby odbierającej kartę zgonu)

**potwierdzam odbiór karty zgonu:**

Imię i nazwisko osoby zmarłej:

.....

PESEL osoby zmarłej:

.....

.....  
(Data i czytelny podpis odbierającego)

.....  
(Data i czytelny podpis wydającego)



**WNIOSEK O Odstąpienie od wykonania sekcji zwłok**Dane osoby wnioskującej:

Imię:.....Nazwisko:.....

PESEL.....

Adres:.....

Proszę o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok zmarłego:

Imię:.....Nazwisko:.....

PESEL.....

Stopień pokrewieństwa.....

Data zgonu:.....

Data i czytelny podpis wnioskującego:.....

**OŚWIADCZENIE WNIOSKUJĄCEGO**

Niniejszym oświadczam, że przyczyna zgonu jest mi znana i nie roszczę, ani nie będę rościł/a w przyszłości pretensji z tytułu przeprowadzonego postępowania diagnostycznego oraz leczniczego zarówno zachowawczego, jak i zabiegowego wobec Wojewódzkiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży przy ul. Marii Skłodowskiej- Curie 1

Data i czytelny podpis wnioskującego:.....

*(Wypełnia ZOL WOPiTU w Łomży)***INFORMACJA LEKARZA KIERUJĄCEGO / LEKARZA**

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <b>Zgon nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do ZOL</b> | <b>TAK/NIE</b>                  |
| <b>Przyczyna zgonu określona jednoznacznie</b>                   | <b>TAK/NIE</b>                  |
| <b>Zawiadomiono policję lub prokuraturę</b>                      | <b>TAK/NIE</b>                  |
| <b>Prokurator odstąpił od wykonania sekcji zwłok</b>             | <b>TAK/NIE/<br/>NIE DOTYCZY</b> |
| <b>Rozpoznanie lub podejrzenie choroby zakaźnej</b>              | <b>TAK/NIE</b>                  |
| <b>Wnioskuje o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok</b>         | <b>TAK/NIE</b>                  |

Uwagi:.....  
 .....  
 .....  
 .....

Data, podpis i pieczęć Lekarz kierującego:.....



Łomża, .....

.....  
Pieczęć jednostki

**KARTA PRZEKAZANIA ZWŁOK DO ZAKŁADU POGRZEBOWEGO/  
SKIEROWANIA ZWŁOK DO CHŁODNI**

I. Wypełnia pielęgniarka/lekarz WOPiTU w Łomży

Dane osoby zmarłej:

1. ....  
Imię i nazwisko osoby zmarłej
2. ....  
PESEL osoby zmarłej
3. ....  
Data i godzina zgonu/zgodna z dokumentacją medyczną
4. ....  
Data i godzina skierowania zwłok osoby zmarłej do zakładu pogrzebowego
5. ....  
Imię, nazwisko i czytelny podpis osoby wypełniającej kartę

II. Wypełnia pracownik transportujący zwłoki osoby zmarłej

1. ....  
Imię, nazwisko i czytelny podpis osoby przyjmującej zwłoki
2. ....  
Nazwa zakładu pogrzebowego

.....  
Pieczęćka jednostki

## KARTA ZLECENIA PRZEWOZU ZWŁOK

### PRZYJĘCIE ZLECENIA PRZEWOZU ZWŁOK:

Rok..... miesiąc ..... dzień ..... godzina .....  
minuta .....

### ZLECAJĄCY PRZEWÓZ:

*Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży  
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1, 18-400 Łomża*

.....  
(imię i nazwisko oraz stanowisko osoby zlecającej)

### DANE ZMARŁEGO:

Płeć:      Kobieta                       Mężczyzna                       Dziecko

Nazwisko i imię zmarłego: .....

PESEL: .....

### POTWIERDZENIE PRZEKAZANIA ZWŁOK:

Data: .....

Podpis przekazującego (czytelny): .....

### POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZWŁOK PRZEZ:

*„Marczyk” Dom Pogrzebowy Andrzej Marczyk,  
ul. Przykoszarowa 22a, 18-400 Łomża,  
tel. 86 218 92 83*

Data: .....

Podpis osoby przyjmującej (czytelny):.....

|  |   |   |
|--|---|---|
| Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej <sup>1)</sup>   | <b>ZLK-5</b><br><b>Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu<sup>(†)</sup> z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej<sup>2)</sup></b>  | Adresat:<br><b>Państwowy Powiatowy/Graniczny<sup>(†)</sup> Inspektor Sanitarny</b><br>w ..... |
| <b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego<sup>3)</sup></b><br>Część I. Numer księgi rejestrowej<br><input type="text"/><br>Część II. TERYT<br><input type="text"/><br>Część VII. Komórka organizacyjna<br><input type="text"/>   | <b>Uwagi:</b><br><sup>1)</sup> W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku.<br><sup>2)</sup> Nie dotyczy zgonów osób zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zgonów osób chorych na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) – zgłaszanych na innym formularzu.<br><sup>3)</sup> Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173).<br><sup>4)</sup> Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo nazwę, numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.<br><sup>(†)</sup> Niepotrzebne skreślić. |   |
| <b>I. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE PRZYCZYNY ZGONU<sup>(†)</sup></b> (należy wpisać każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroba zakaźna)<br><b>1. Data zgonu (dd/mm/rrrr)</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><br><b>2. Kod ICD-10</b> <b>3. Określenie słowne:</b><br><input type="text"/> - <input type="text"/> ..... (przyczyna wyjściowa)<br><input type="text"/> - <input type="text"/> ..... (przyczyna wtórna)<br><input type="text"/> - <input type="text"/> ..... (przyczyna bezpośrednia)  |   |   |
| <b>II. DANE ZMARLEGO</b><br><b>1. Nazwisko</b><br><input type="text"/><br><b>2. Imię</b> <b>3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</b> <b>4. Nr PESEL</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup></b> <b>6. Płeć (M, K)</b> <b>7. Obywatelstwo</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>8. Kraj urodzenia</b><br><input type="text"/><br><b>9. Osoba bezdomna</b><br><input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)<br><b>Adres miejsca zamieszkania</b><br><b>10. Województwo</b> <b>11. Powiat</b> <b>12. Gmina</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>13. Miejscowość</b> <b>14. Kod pocztowy</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/><br><b>15. Ulica</b> <b>16. Nr domu</b> <b>17. Nr lokalu</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |   |
| <b>III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA</b> (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)<br>1. Imię i nazwisko.....      2. Numer prawa wykonywania zawodu: .....      3. Podpis .....<br>4. Telefon kontaktowy: .....      5. E-mail: .....   |   |   |