

FORMULARZ RAPORTU O ZGŁOSZONYCH PRZYPADKACH PODEJRZENIA LUB STWIERDZENIA ZATRUCIA PRODUKTEM BIOBÓJCZYM

.....
(nazwa i adres ośrodka toksykologicznego)

.....
(miejsce i data)

Raport obejmuje okres od do, w którym na terenie województwa doszło do przypadków podejrzenia lub stwierdzenia zatrucia produktami biobójczymi.

**Liczba przypadków podejrzenia lub stwierdzenia zatruc produktami biobójczymi ze
względu na:**

A. Wiek (w latach)	Liczba przypadków
0–5	
6–9	
10–19	
20–29	
30–39	
40–49	
50–59	
60–69	
70–79	
powyżej 80	
Brak danych	
Razem	

B. Dane zatrutego	Liczba przypadków
Kobieta	
Mężczyzna	
Brak danych	
Zwierzę	
Razem	

C. Zakres terytorialny		
województwo	powiat	liczba przypadków
Razem		

D. Okoliczności zatrucia	Liczba przypadków
Przypadkowe	
Zawodowe	
Transport	
Samobójcze	
Niewłaściwe zastosowanie produktu biobójczego	
Kryminalne	
Pożar	
Inne	
Brak danych	
Razem	

E. Miejsce zatrucia	Liczba przypadków
Dom	
Miejsce pracy	
Podmiot leczniczy	
Klinika weterynaryjna	
Pomieszczenie użytku publicznego	
Otwarta przestrzeń	
Środki transportu	
Jednostki i instytucje wojskowe	
Inne	
Brak danych	
Razem	

F. Następstwa zdrowotne zatrucia	Liczba przypadków
Wyzdrowienie bez powikłań	
Wyzdrowienie z powikłaniami	
Zgon	
Brak danych	
Razem	

G. Dane dotyczące produktu biobójczego				
nazwa produktu biobójczego	nazwa (firma) podmiotu odpowiedzialnego albo posiadacza pozwolenia	substancja(-je) czynna(-ne)	CAS	liczba przypadków
Razem				

.....
 (imię i nazwisko osoby sporządzającej)

.....
 (podpis osoby albo osób upoważnionych
 do reprezentacji ośrodka toksykologicznego)