

**Egészségügyi ellátás mérgezési eset bejelentése**  
(12. számú melléklet a 44/2000. (XII. 27.) EüM rendelethez)

EGÉSZSÉGÜGYI  
MINISZTERIUM

Az adatszolgáltatás a 2000. évi XXV. törvény a kémiai biztonságról, valamint az EüM tájékoztatói alapján kötelező. Nyilvántartási (OSAP) szám: 1570

**AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS MÉRGEZÉSI ESET BEJELENTÉSE**

2.... évi állapot szerint

Adatszolgáltatók:                   Egészségügyi intézmények (klinikák, kórházak stb.)

1. Az adatszolgáltató neve:

2. Egészségügyi szolgáltató ágazati azonosító száma: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

3. Szakmai felügyelet:

  egészségügyi (1)                   szociális (2)                   |\_|

4. Az adatszolgáltató címe:

irányítószám                   város, község                   utca hsz. |\_|\_|\_|\_|\_|

Küldendő:                   1 példányban a Fodor József Országos Közegészségügyi Központ  
Országos Kémiai Biztonsági Intézetéhez (1450 Budapest, Pf. 36)

Beküldési határidő:   a tárgyév december 31.

Valótlan adatok közlése, az adatszolgáltatás megtagadása, a késedelmes adatszolgáltatás büntető-, illetve szabálysértési eljárást vonhat maga után.

.....év..... hó..... nap

P. H.

Az adatszolgáltató felelős vezetőjének

A kitöltő

neve (nyomtatott betűvel): .....

neve (nyomtatott betűvel): .....

beosztása: .....

elérési címe: .....

telefonszáma: ..... elérési telefonszáma:.....

aláírása: ..... aláírása:.....

## 2. Mérgezési eset bejelentőlap

### 1. A mérgezett adatai:

Névkód (családnév első, keresztnév első betűje): .....

Nem: férfi    nő

Születési év: ..... (kor: .....)

Foglalkozás: .....

Lakhely: (város: ..... falu: ..... megye: .....)

### 2. A mérgezés

1. A mérgezést okozó anyag megnevezése: .....

.....

2. Időpontja: ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

3. Helye: saját lakás, idegen lakás, munkahely, közterület, egyéb .....

4. Jellege: foglalkozási; öngyilkosság, véletlen, kriminális, egyéb .....

### 3. Az első észlelés

1. Időpontja: ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

2. Helye: saját lakás, idegen lakás, munkahely, közterület, egyéb .....

3. A érzett állapota: eszméletlen, zavart tudat, ép tudat, légzési elégtelenség, keringési elégtelenség, egyéb .....

4. Az ellátás módja: hánytatás, gyomormosás, orvosi szén, hashajtás, mesterséges lélegeztetés, külső szívmasszázs, egyéb .....

5. Intézkedés: végleges ellátás, további kezelés járó betegként, kórházi beutalás, egyéb .....

.....

Ha a mérgezett meghalt, a halál időpontja: .....év ..... hó nap ..... óra ..... perc

### 6. Az első ellátást végző neve:

Munkahelye:.....

..... év ..... hó ..... nap

..... orvos, mentőtiszt aláírása

### 4. Kórházi ellátás

1. A felvétel időpontja: ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

2. A mérgezett állapota: eszméletlen, zavart tudat, ép tudat, légzési elégtelenség, keringési elégtelenség, egyéb .....

3. Ellátás módja: hánytatás, gyomormosás, orvosi szén, hashajtás, mesterséges lélegeztetés, külső szívmasszázs, egyéb: .....

4. Kórisme: .....

5. Kibocsátás, elhalálozás időpontja: ..... év ..... hó ..... nap ..... óra .....perc

6. A mérgezett sorsa: gyógyult, további orvosi ellenőrzést igényel, maradandó egészségkárosodást szenvedett, meghalt

7. Részletes epikrízis (laborleletekkel, halálos kimenetel esetén kórbonctani leletekkel):

.....

.....

.....

8. Kórház, osztály megnevezése:

Címe: .....

..... év ..... hó ..... nap

P. H.

(aláírás)