

1. Zakład opieki zdrowotnej zbierający dane o wypadkach:

nazwa

adres

ID zakładu

2. Ankieter:

imię i nazwisko

nr identyfikacyjny

ID ankietera

3. Data i godzina wypadku:

d d m m r r r r

godz.

kod

m-c rok

Poszkodowany:

4. wiek:

kod

5. płeć: 1.K 2. M

kod

6. Wykształcenie:

1. podstaw. 2. średnie 3. wyższe

kod

7. Osoba udzielająca informacji o wypadku:

1. poszkodowany 2. inne osoby

kod

8. Gdzie zdarzył się wypadek?

1. w domu 2. poza domem

kod

Jeżeli w domu, przejdź do pkt. 9 i 10; jeżeli poza domem - do pkt. 11.

9. (jeżeli 8-1) Jaki rodzaj budynku był miejscem wypadku? Wskazać właściwy rodzaj budynku również wtedy, gdy wypadek zdarzył się w bezpośredniej bliskości domu.

1. dom wielorodzinny
2. dom jednorodzinny
3. domek na działce (sezonowy)
4. dom wypoczynkowy, pensjonat
5. inny (jaki?)

kod

10. (jeżeli 8-1) Dokładniejsze określenie miejsca wypadku:

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1. kuchnia | <input type="checkbox"/> | 8. schody wewnętrz. | <input type="checkbox"/> |
| 2. pokój | <input type="checkbox"/> | 9. schody zewnętrz. | <input type="checkbox"/> |
| 3. łazienka/toaleta | <input type="checkbox"/> | 10. ganek/próg | <input type="checkbox"/> |
| 4. hol/przedpokój | <input type="checkbox"/> | 11. chodnik | <input type="checkbox"/> |
| 5. strych/poddasze | <input type="checkbox"/> | 12. ogród | <input type="checkbox"/> |
| 6. piwnica | <input type="checkbox"/> | 13. garaż/szopa | <input type="checkbox"/> |
| 7. balkon | <input type="checkbox"/> | 14. warsztat domowy | <input type="checkbox"/> |
| 15. inne (jakie?) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

kod

11. (jeżeli 8-2) Dokładny opis miejsca wypadku:

kod

12. Jaką czynność wykonywał poszkodowany, gdy zdarzył się wypadek?

kod

13. Szczegółowy opis zdarzenia (jak doszło do wypadku):

kod

14. Czy wypadek miał związek z użyciem jakiegoś produktu (narzędzia, urządzenia, substancji lub innego przedmiotu)?

1. TAK 2. NIE

kod

15. (jeżeli w pkt. 14 TAK) Jakie produkty, urządzenia lub inne przedmioty miały związek z zaistniałym wypadkiem? (stosownie do sytuacji określić typ, markę, stan i wiek przedmiotu)

1. produkt:

kod

2. marka (producent):

kod

3. typ:

kod

4. stan techniczny:

kod

5. elementy, cechy produktu, które były przyczyną wypadku:

.....

kod

16. (jeżeli w pkt. 14 TAK) Czy przedmiot określony w p. 15 był używany zgodnie z przeznaczeniem?

1. TAK

2. NIE

kod

17. Jakie obrażenia ciała były następstwem wypadku?

1. **uraz:**

1. otarcia
2. rany cięte lub szarpane
3. inne zranienia
4. złamania (pęknięcia) kości bez przemieszczenia
5. złamania kości z przemieszczeniem
6. złamania otwarte
7. stłuczenia
8. naciągnięcie lub zerwanie więzadeł
9. stłuczenia
10. wstrząśnienie mózgu
11. oparzenia gorącym przedmiotem
12. oparzenia substancją żrącą
13. obrażenia narządów wewnętrznych
14. porażenie elektryczne

2. **zatrucie**

3. **ciało obce w układzie oddechowym**

4. **ciało obce w układzie pokarmowym**

5. **inne**

kod

18. (jeżeli 17.1) Jaka część ciała była miejscem urazu?

.....

kod

19. Gdzie udzielono pierwszej pomocy poszkodowanemu?

1. na miejscu wypadku - rodzina, sąsiedzi, inne osoby
2. na miejscu wypadku - załoga ambulansu pogotowia
3. w ambulatorium pogotowia ratunkowego
4. w ambulatorium przychodni rejonowej
5. w izbie przyjęć szpitala
6. w oddziale szpitalnym (hospitalizacja)
7. (inne)

kod

23. Dodatkowy komentarz na temat innych istotnych okoliczności nieuwzględnionych w kwestionariuszu: