

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na chorobę zakaźną⁽¹⁾	Adresat:
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. (2)		Państwowy Powiatowy / Graniczny * Inspektor Sanitarny w
Część I. REGON	Uwaga: (1) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzęączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rzeżączkę - zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 24 godzin zgodnie z art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391). (2) Zakłady opieki zdrowotnej wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002 r. Nr 223, poz. 1880) oraz zapisami w decyzji o zarejestrowaniu zakładu. Praktyki lekarskie wypełniają tylko część I i II kodu. (*) Niepotrzebne skreślić.	
Część II. TERYT		
Część III. podmiot, który utworzył zakład		
Część VIII. specjalność komórki organiz.		

I. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE		
1. Kod ICD-10	2. Określenie słowne	3. Data (dd/mm/rr)
.....
4. Podstawa rozpoznania / podejrzenia (zaznaczyć)		
<input type="checkbox"/> badania mikrobiologiczno-serologiczne	<input type="checkbox"/> objawy kliniczne	<input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)
<input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne	<input type="checkbox"/> przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)	

II. DANE CHOREGO			
1. Nazwisko			
.....			
2. Imię	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	4. Nr PESEL	
...../...../.....	
5. Inny krajowy nr identyfikacyjny *	6. Płeć (M, K)	7. Obywatelstwo	
.....	
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)			
8. Kod	9. Miejscowość		
..... -		
10. Gmina			
.....			
11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu	
.....	
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania / czasowego pobytu)			
14. Kod	15. Miejscowość		
..... -		
16. Gmina			
.....			
17. Ulica	18. Nr domu	19. Nr lokalu	
.....	
* Wypełnić w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL (w tym obcokrajowców) wpisując np. odpowiedni numer dokumentu tożsamości.			

III. INNE INFORMACJE	
1. Data zachorowania / wystąpienia pierwszych objawów (dd/mm/rr)
2. Zatrucie pokarmowe środkiem chem.	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, podać nazwę chemiczną środka (czynnik toksyczny) i nazwę handlową preparatu
3. Nazwa i adres zakładu pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła)
4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
5. Skierowano do szpitala	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, podać nazwę szpitala i adres

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA		
1. Pieczętka imienna	2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce)	3. Podpis
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu Nr lokalu	
	Telefon (.....)	