

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	ZLK-4 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/ zgonu osoby zakażonej HIV/ chorej na AIDS*	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny W
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu¹⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący²⁾ <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ 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. poz. 594). ²⁾ Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. *Niepotrzebne skreślić.	
I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*		
1. Kod ICD-10 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	2. Określenie słowne _____	3. Data (dd/mm/rrrr) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
4. Informacje dotyczące rozpoznania		
A. Nowo wykryte zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV)		
Badanie potwierdzające:		
numer badania data badania :		
metoda:		
<input type="checkbox"/> western-blot	<input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne	<input type="checkbox"/> badanie molekularne
<input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka)		
Jednostka zlecająca badanie: tel.		
Laboratorium potwierdzające: tel.		
Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV:		
<input type="checkbox"/> ARS	<input type="checkbox"/> zakażenie bezobjawowe	<input type="checkbox"/> objawy choroby HIV, nie-AIDS <input type="checkbox"/> AIDS
B. Rozpoznanie AIDS		
Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą definitywną:		Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą prawdopodobną:
1.	1.	2.
2.	2.	3.
3.	3.	4.
4.	4.	
5. Zgon osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS* - przyczyna podejrzenia lub rozpoznania zgonu		
Kod ICD-10	Określenie słowne	Data (dd/mm/rrrr)

____ - _____ / ____ / _____

* Niepotrzebne skreślić.

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. Wiek***

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy

____ - ____

9. Miejscowość

10. Ulica

11. Nr domu

12. Nr lokalu

* Jeżeli pacjent zastrzeże dane osobowe, należy wpisać: zamiast nazwiska i imienia - w poz. 1 i 2 inicjały imienia i nazwiska lub hasło, zamiast daty urodzenia - w poz. 7 wiek, zamiast adresu - w poz. 9 nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Pacjent nie może zastrzec danych o płci.

** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

*** Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia.

III. DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Badanie w kierunku HIV:

data ostatniego ujemnego badania: data pierwszego dodatniego badania:

AIDS: data rozpoznania pierwszego epizodu:

Liczba komórek CD4 w odstępie 3 miesięcy od rozpoznania HIV/AIDS:

Leczenie ARV przed rozpoznaniem AIDS/zgonem:

TAK

NIE

Nie wiadomo

Przynależność do grup szczególnie narażonych:

IDU

MSM,WSW

CSW

Pracownicy ochrony zdrowia/personel medyczny

Drogi nabycia zakażenia:

kontakt homoseksualny

kontakt heteroseksualny

kontakt seksualny, brak dokładnych danych

wstrzyknięcie narkotyku

wertykalna

transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych

jatrogenna

inna (jaka?)

Inne choroby przenoszone drogą płciową:

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis

