

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu lecniczego/praktyki lekarskiej <sup>1)</sup>	<b>ZLK-4</b> <b>Zgłoszenie rozpoznania zakażenia HIV/  zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej  HIV/chorej na AIDS<sup>(*)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny</b> W .....
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego <sup>2)</sup> Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Uwagi:</b> <sup>1)</sup> W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. <sup>2)</sup> 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. z 2019 r. poz. 173). <sup>3)</sup> W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta albo w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS wypełnia się: a) inicjały imienia i nazwiska lub hasło; b) wiek; c) płeć; d) nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. <sup>4)</sup> Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo nazwę i numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. <sup>5)</sup> Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia. <sup>6)</sup> W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta wypełnia się co najmniej drogą zakażenia. <sup>7)</sup> Objaśnienia: MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami (niezależnie od orientacji seksualnej), PWID – użytkownicy narkotyków w iniekcjach, SW – osoby świadczące odpłatnie usługi seksualne. (*) Niepotrzebne skreślić.	
<b>I. ROZPOZNANIE</b>  <b>A. Rozpoznanie zakażenia HIV</b> 1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Nr laboratoryjnego badania potwierdzającego: ..... 3. Data uzyskania wyniku laboratoryjnego badania potwierdzającego (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. Metoda badania: <input type="checkbox"/> western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badania molekularne <input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka)..... 5. Laboratorium potwierdzające: ..... 6. Typ wirusa: <input type="checkbox"/> HIV-1 <input type="checkbox"/> HIV-2 <input type="checkbox"/> HIV-1 + HIV-2 <input type="checkbox"/> Nie określono 7. Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV: <input type="checkbox"/> ostry zespół retowirusowy <input type="checkbox"/> zakażenie bezobjawowe <input type="checkbox"/> objawy choroby HIV, nie-AIDS <input type="checkbox"/> AIDS 8. Liczba komórek CD4 (pierwsze oznaczenie po rozpoznaniu zakażenia): ..... 9. Data pierwszego badania CD4 (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>B. Rozpoznanie AIDS</b> 1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Liczba komórek CD4 (oznaczenie przy rozpoznaniu AIDS):..... 3. Leczenie ARV <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo 4. Choroby wskaźnikowe AIDS lub numer porządkowy (patrz tabela) 1) ..... 2) ..... 3) ..... 4) .....		

**C. Zgon osoby zakażonej HIV /chorej na AIDS – przyczyna zgonu**

1. Data zgonu (dd/mm/rrrr)

/  /

2. Kod ICD-10

-   
 -   
 -

3. Określenie słowne:

..... (przyczyna wyjściowa)

..... (przyczyna wtórna)

..... (przyczyna bezpośrednia)

**II. DANE PACJENTA<sup>3)</sup>**

1. Nazwisko/INICJAŁ

2. Imię/INICJAŁ

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

/  /

4. Nr PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup>

6. Płeć (M, K)

7. Wiek<sup>5)</sup>

8. Obywatelstwo

9. Hasło

10. Osoba bezdomna

Tak (w pkt 11–14 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

Adres miejsca zamieszkania:

11. Województwo

12. Powiat

13. Gmina

14. Miejscowość

15. Kod pocztowy

-

16. Ulica

17. Nr domu

18. Nr lokalu

**III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE**

1. Przynależność do populacji kluczowych<sup>6)</sup> (zaznaczyć wszystkie właściwe):

- MSM<sup>7)</sup>                       PWID<sup>7)</sup>                       SW<sup>7)</sup>                       imigranci/uchodźcy  
 personel medyczny                       tymczasowo aresztowany/osadzony                       inna (wpisać jaka).....                       nie dotyczy

2. Droga zakażenia:

- kontakt seksualny z osobą tej samej płci                       kontakt heteroseksualny                       kontakt seksualny, brak dokładnych danych                       jatrogenna  
 wstrzyknięcie narkotyku                       transmisja wertykalna (z matki na dziecko)                       transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych  
 inna, (wpisać jaka) .....                       brak danych

3. Dodatkowe informacje o drodze zakażenia (np. informacje epidemiologiczne o partnerze/partnerce takie jak: status serologiczny, przynależność do populacji kluczowej, informacje epidemiologiczne o matce zakażonego dziecka) .....

4. Kraj urodzenia:.....

5. Rok przyjazdu do Polski: .....

6. Przypadek importowany z kraju: .....

7. Wcześniejsze badanie laboratoryjne w kierunku HIV (uzupełnić przy zgłoszeniu nowo wykrytego zakażenia HIV):

Data ostatniego ujemnego badania (dd/mm/rrrr)

/  /

Data pierwszego dodatniego badania (dd/mm/rrrr)

/   /

8. Współzakażenia obecne przy rozpoznaniu HIV (uzupełnić przy zgłoszeniu nowo wykrytego zakażenia HIV):

HBV       HCV       inne choroby przenoszone drogą płciową (wpisać jakie) .....

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

1. Imię i nazwisko..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: ..... 3. Podpis .....

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....

Tabela – Choroby wskaźnikowe AIDS	
Nr porządkowy	Choroba wskaźnikowa AIDS
1	Zakażenia bakteryjne, liczne lub nawracające u dziecka w wieku poniżej 15 lat
2	Kandydoza oskrzeli, tchawicy lub płuc
3	Kandydoza przełyku
4	Rozsiana lub pozapłucna kokcydioidomykoza
5	Pozapłucna kryptokokoza
6	Kryptosporidioza jelitowa z biegunką trwającą dłużej niż 1 miesiąc
7	Choroba wywołana wirusem cytomegalii (poza dotyczącą wątroby, śledziony lub węzłów chłonnych) u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia
8	Zapalenie siatkówki (z upośledzeniem widzenia) wywołane przez wirus cytomegalii
9	Przewlekłe owrzodzenia utrzymujące się dłużej niż miesiąc bądź zapalenie oskrzeli, płuc, przełyku u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia wywołane przez wirus opryszczki zwykłej (HSV)
10	Rozsiana lub pozapłucna histoplazmoza
11	Izosporydioza jelitowa z biegunką trwającą dłużej niż miesiąc
12	Zmiany rozsiane lub pozapłucne wywołane przez Mycobacterium avium complex lub M. kansasii
13	Zmiany w obrębie płuc u osoby w wieku powyżej 15 lat wywołane przez Mycobacterium tuberculosis
14	Zmiany pozapłucne wywołane przez Mycobacterium tuberculosis
15	Zmiany rozsiane lub pozapłucne wywołane przez Mycobacterium, innych niż wymienione powyżej lub nieokreślonych gatunków
16	Zapalenie płuc wywołane przez Pneumocystis carinii
17	Nawracające zapalenie płuc u osoby w wieku powyżej 15 lat
18	Postępująca wielogniskowa leukoencefalopatia
19	Nawracająca posocznica wywołana przez bakterie z rodzaju Salmonella (poza wywołującymi dur brzuszny i dury rzekome)
20	Toksoplazmoza mózgu u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia
21	Inwazyjny rak szyjki macicy
22	Encefalopatia związana z zakażeniem HIV
23	Mięsak Kaposiego
24	Śródmiąższowe limfoidalne zapalenie płuc u dziecka w wieku do 15 roku życia
25	Chłoniak Burkitta
26	Chłoniak immunoblastyczny
27	Chłoniak pierwotny mózgu
28	Zespół wyniszczenia w przebiegu zakażenia HIV
29	Zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone
30	Chłoniak bliżej nieokreślony