|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej1) | | **ZLK-3**  **Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania**(\*)**na chorobę przenoszoną drogą płciową**2) | | Adresat:  **Państwowy Powiatowy** **Inspektor Sanitarny**  **w** ........................................................ | |
| **Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego** 3)    Część I. Numer księgi rejestrowej   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Część II. TERYT   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |   Część VII. Komórka organizacyjna   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | | | **Uwagi**:  1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument  w formie pieczątki albo nadruku.  2) Dotyczy podejrzenia lub zachorowania na kiłę, rzeżączkę i chlamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, zgłaszanych na innych formularzach.  3) 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).  4) 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  5) 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. | | | |
| **I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE**(\*)  **1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | – |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     **3. Data rozpoznania/podejrzenia**(\*) **4. Data wystąpienia objawów (dd/mm/rrrr)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia**(\*)  objawy kliniczne (wpisać jakie)……………………………………………………………………………………………………..   |  | | --- | |  |     badania serologiczne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) ………………………………………………………………………..   |  | | --- | |  |   badania mikrobiologiczne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) …………………………………………………………………….   |  | | --- | |  |   badanie molekularne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) ………………………………………………………………………….   |  | | --- | |  |   inne badania laboratoryjne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) …………………………………………………………………..   |  | | --- | |  |   przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą)…………………………………………………………………..   |  | | --- | |  |   inna (wpisać jaka)……………………………………………………………………………………………………………………   |  | | --- | |  |   **II. Dane PACJENTA**  **1. Nazwisko**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **2. Imię 3. Data urodzenia** (dd/mm/rrrr) **4. Nr PESEL**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu**4) **6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **8. Osoba bezdomna**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość) |  |   **Adres miejsca zamieszkania:**  **9. Województwo 10. Powiat 11. Gmina**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **12. Miejscowość 13. Kod pocztowy**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |   **14. Ulica 15. Nr domu 16. Nr lokalu**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| **III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE**  **1. Przynależność do populacji kluczowych** (zaznaczyć wszystkie właściwe)**:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | MSM5) |  | PWID5) |  | SW5) |  | imigranci/uchodźcy |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | inna (wpisać jaka)………………….. |  | nie dotyczy |  |  |  |  |   **2. Droga zakażenia:**     |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | kontakt seksualny z osobą tej samej płci |  | kontakt heteroseksualny |  | kontakt seksualny, brak dokładnych danych |  | brak danych |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | transmisja wertykalna (z matki na dziecko) |  | inna (wpisać jaka)………………….. |  |  |  |  |   **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. Przypadek importowany z kraju:**……………………………………………………………………………………………..  **6. Czy pacjentka jest w ciąży** (dotyczy rozpoznania kiły – *Treponema pallidum*)  Tak (wpisać tydzień ciąży):……………………………………………………   |  | | --- | |  |   Nie   |  | | --- | |  |   **IV. OBJĘCIE LECZENIEM**  objęto leczeniem w zakładzie leczniczym zgłaszającego lekarza/felczera   |  | | --- | |  |   skierowano do leczenia (podać nazwę i adres podmiotu leczniczego, do którego skierowano do leczenia) ……………………………………………………………   |  | | --- | |  |   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  **V. DANE O PRZEBYTYCH CHOROBACH**  **1. Czy chory był leczony na wcześniejszych etapach obecnej choroby?** (dotyczy rozpoznania kiły – *Treponema pallidum*)   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Tak |  | Nie |  |  |  |  |   **Jeżeli tak, czy leczenie zostało zakończone zgodnie z zaleceniami lekarza?**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Tak |  | Nie |  |  |  |  |   **2. Data rozpoczęcia wcześniejszego leczenia** (dd/mm/rrrr)     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **3. Wcześniejsze lub jednoczasowe rozpoznanie powiązanych chorób przenoszonych droga płciową lub innych zakażeń** (patrz tabela nr 2)  **Kod ICD-10**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | – |  | ………………………………………………………………………………………….. **Data rozpoznania** (dd/mm/rrrr) lub rok \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  | – |  | ………………………………………………………………………………………….. **Data rozpoznania** ((dd/mm/rrrr) lub rok \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  | – |  | ………………………………………………………………………………………….. **Data rozpoznania** (dd/mm/rrrr) lub rok \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   **3a. Jeżeli wpisano zakażony HIV, to czy leczony ARV**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Tak |  | Nie |  | Brak danych |  |  |   **VI. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA** (wpisać albo nanieśćnadrukiem albo pieczątką)    1. Imię i nazwisko............................................................... ……………. 2. Numer prawa wykonywania zawodu: .................................... 3. Podpis ........................................  4. Telefon kontaktowy: ......................................................................... 5. E-mail: ....................................................................... | | | | | |
| **Tabela nr 1 – Najczęstsze metody diagnostyczne chorób przenoszonych drogą płciową** | | | |
| **1. Izolacja patogenu:**  1.1. Badanie bakteriologiczne/posiew/hodowla | | **3. Badania molekularne:** | |
| **2. Badania serologiczne** | | 3.1. Metody amplifikacji kwasów nukleinowych (PCR, RT-PCR, SDA, TMA) | |
| 2.1 Test hemaglutynacji biernej (np. TPHA) | | 3.2. Metody nieamplifikacyjne (hybrydyzacja z sondą) | |
| 2.2 FTA-ABS IgM | |  | |
| 2.3 FTA-ABS IgG | | **4. Badania mikroskopowe** | |
| 2.4 FTA-ABS IgG/IgM | | 4.1. Immunofluorescencja bezpośrednia z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych (DFA) | |
| 2.5 FTA | | 4.2. Badanie w ciemnym polu widzenia | |
| 2.6 EIA IgM | | 4.3. Preparat bezpośredni | |
| 2.7 EIA IgG/IgM | |  | |
| 2.8 CIA | |  | |
| 2.9 TPI | |  | |
| 2.10 VDRL – Venereal Disease Research Laboratory | |  | |
| 2.11 RPR – Rapid Plasma Reagin | |  | |
| 2.12 USR – Unheated Serum Reagin test | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tabela nr 2 – Kody ICD-10** | |
| **A51 Kiła wczesna** | A54.9 Zakażenie rzeżączkowe, nieokreślone |
| A51.0 Kiła pierwotna narządów płciowych | **A55 Ziarnica weneryczna wywołana przez Chlamydia** |
| A51.1 Kiła pierwotna odbytu | **A56 Inne choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydia** |
| A51.2 Kiła pierwotna o innym umiejscowieniu | A56.0 Zakażenie dolnego odcinka układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia |
| A51.3 Kiła wtórna skóry i błon śluzowych | A56.1 Zakażenie otrzewnej miednicy i innych narządów układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia |
| A51.4 Inne postacie kiły wtórnej | A56.2 Zakażenie układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia, nieokreślone |
| A51.5 Kiła wczesna utajona | A56.3 Zakażenie odbytu i odbytnicy wywołane przez Chlamydia |
| A51.9 Kiła wczesna, nieokreślona | A56.4 Zakażenie gardła wywołane przez Chlamydia |
| **A52 Kiła późna** | A56.8 Zakażenie o innym umiejscowieniu, przenoszone drogą płciową, wywołane przez Chlamydia |
| A52.0 Kiła układu krążenia | **A57 Wrzód weneryczny** |
| A52.1 Kiła objawowa układu nerwowego | **A58 Ziarniniak pachwinowy** |
| A52.2 Kiła bezobjawowa układu nerwowego | **A59 Rzęsistkowica** |
| A52.3 Kiła układu nerwowego, nieokreślona | **A60 Opryszczkowe (herpes simplex) zakażenie okolicy odbytowej i moczowo-płciowej** |
| A52.7 Inne postacie kiły późnej objawowej | **A63 Inne choroby przenoszone głównie drogą płciową, niesklasyfikowane gdzie indziej** |
| A52.8 Kiła późna utajona | A63.0 Kłykciny kończyste |
| A52.9 Kiła późna, nieokreślona | **A64 Choroby przenoszone drogą płciową, nieokreślone** |
| **A53 Inne postacie kiły i kiła nieokreślona** | **B16 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B** |
| A53.0 Kiła utajona nieokreślona, wczesna i późna | **B17.1 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C** |
| A53.9 Kiła, nieokreślona | **B 18 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby** |
| **A54 Rzeżączka** | B18.0 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B z wirusem delta |
| A54.0 Zakażenie rzeżączkowe dolnego odcinka układu moczowo-płciowego bez ropnia gruczołów okołocewkowych lub dodatkowych | B18.1 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B bez wirusa delta |
| A54.1 Zakażenie rzeżączkowe dolnego odcinka układu moczowo-płciowego z ropniem gruczołów okołocewkowych i dodatkowych | B18.2 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C |
| A54.2 Rzeżączkowe zapalenie otrzewnej miednicy oraz inne rzeżączkowe zakażenia układu moczowo-płciowego | **B20 – B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]** |
| A54.3 Rzeżączkowe zakażenie narządu wzroku | **Z21 Bezobjawowy stan zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności [HIV]** |
| A54.4 Rzeżączkowe zakażenie układu mięśniowo-szkieletowego |  |
| A54.5 Rzeżączkowe zapalenie gardła |  |
| A54.6 Rzeżączkowe zakażenie odbytu i odbytnicy |  |
| A54.8 Inne zakażenia rzeżączkowe |  |