Pieczątka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	**ZLK-3** **Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania* na chorobę przenoszoną drogą płciową**[1]	Adresat: **Państwowy Powiatowy/Graniczny*** **Inspektor Sanitarny** w .....

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu[2]

Część I. Numer księgi rejestrowej

Część II. TERYT siedziby

Część III. Podmiot tworzący[3]

Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

Uwagi:

[1] Dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na kiłę, rzeżączkę i chlamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, zgłaszanych na innych formularzach.

[2] 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).

[3] Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

* Niepotrzebne skreślić.

I . ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*

1. Kod ICD-10 –

2. Określenie słowne

3. Data (dd/mm/rrrr) / /

*Niepotrzebne skreślić.

II. DANE CHOREGO

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / /

4. Nr PESEL

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu**

6. Płeć (M, K)

Adres miejsca zamieszkania:

7. Kod pocztowy -

8. Miejscowość

9. Gmina

10. Ulica

11. Nr domu

12. Nr lokalu

** 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.

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Już leczony na obecną chorobę

☐ **Tak** ☐ **Nie**

Jeżeli tak, podać gdzie: ……..

2. Przebyte choroby weneryczne: ……

Kod ICD-10

– ……

– ……

– ……

3. Droga nabycia zakażenia:

☐ kontakt homoseksualny ☐ kontakt heteroseksualny ☐ kontakt seksualny, brak dokładnych danych

☐ wstrzyknięcie narkotyku ☐ wertykalna ☐ transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych

☐ jatrogenna ☐ inna (jaka?) ……

4. Chorego objęto leczeniem/skierowano do* .....

* Niepotrzebne skreślić.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczątka imienna .....…… 2.Telefon kontaktowy: ..... …… 3. Podpis.....