|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej 1) | **ZLK-4**  **Zgłoszenie rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS**(\*) | Adresat:  **Państwowy Powiatowy** **Inspektor Sanitarny**  **w** ..................................................................... |
| **Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego**2)    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) 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).  3) 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.  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) Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia.  6) W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta wypełnia się co najmniej drogę zakażenia.  7) 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**  **A. Rozpoznanie zakażenia HIV**  **1. Data rozpoznania** (dd/mm/rrrr)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |   **2. Nr laboratoryjnego badania potwierdzającego**: ……………………………………………  **3. Data uzyskania wyniku laboratoryjnego badania potwierdzającego** (dd/mm/rrrr)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |   **4. Metoda badania:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | western-blot |  | badanie wirusologiczne |  | badania molekularne |  |  |   inna (wpisać jaka)…………………………………………………………   |  | | --- | |  |   **5. Laboratorium potwierdzające**: …….…………………………………………………………………………………………………………………  **6. Typ wirusa:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | HIV-1 |  | HIV-2 |  | HIV-1 + HIV-2 |  | Nie określono |   **7. Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV:**     |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | ostry zespół retrowirusowy |  | zakażenie bezobjawowe |  | objawy choroby HIV, nie-AIDS |  | AIDS |   **8. Liczba komórek CD4** (pierwsze oznaczenie po rozpoznaniu zakażenia): ………………………..  **9. Data pierwszego badania CD4** (dd/mm/rrrr)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |   **B. Rozpoznanie AIDS**  **1. Data rozpoznania** (dd/mm/rrrr)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |   **2. Liczba komórek CD4** (oznaczenie przy rozpoznaniu AIDS):…………………………….  **3. Leczenie ARV**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Tak |  | Nie |  | 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**3)  **1. Nazwisko/INICJAŁ**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **2. Imię/INICJAŁ 3. Data urodzenia** (dd/mm/rrrr) **4. Nr PESEL**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu**4)  **6. Płeć (M, K) 7. Wiek**5) **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**6) (zaznaczyćwszystkie właściwe):   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | MSM7) |  | PWID7) |  | SW7) |  | imigranci/uchodźcy |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | personel medyczny |  | tymczasowo aresztowany/osadzony |  | inna (wpisać jaka)…………… |  | nie dotyczy  Osoba pozbawiona |   **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 droga płciową (wpisać jakie) ………….. ……………………. |  |  | | | |
| **IV. 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 – 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 | Kryptosporydioza 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 | Zamiany 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 wieloogniskowa 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 |