

WZÓR

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA
LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania¹⁾ zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny¹⁾ Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. ²⁾ Nie dotyczy zachorowań na gruźlicę i AIDS, zakażeń HIV oraz podejrzeń lub rozpoznania zachorowań na kiłę, rzeżączkę, chlamydie przenoszone drogą płciową – 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, numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. ¹⁾ Niepotrzebne skreślić.	
Część II. TERYT <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE¹⁾		
1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> _____		
3. Data rozpoznania/podejrzenia¹⁾ (dd/mm/rrrr) 4. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów¹⁾ (dd/mm/rrrr) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		
5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia¹⁾ <input type="checkbox"/> objawy kliniczne (wpisać jakie)..... <input type="checkbox"/> badania serologiczne (wpisać jakie)..... <input type="checkbox"/> badania mikrobiologiczne (wpisać jakie)..... <input type="checkbox"/> badanie molekularne (wpisać jakie)..... <input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne (wpisać jakie)..... <input type="checkbox"/> przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą, zachorowania z ogniska)..... <input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka).....		
Miejsce pobytu w okresie zachorowania (wystąpienia/stwierdzenia objawów):		
6. Województwo 7. Powiat 8. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
9. Miejscowość 10. Kod pocztowy <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
11. Ulica 12. Nr domu 13. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		
14. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 6–9 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
II. DANE PACJENTA		
1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu ⁵⁾			6. Płeć (M, K)			7. Obywatelstwo		
<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>		
8. Osoba bezdomna								
<input type="checkbox"/> Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)								
Adres miejsca zamieszkania (wypełnić, jeżeli inny niż miejsce pobytu w okresie zachorowania)								
9. Województwo			10. Powiat			11. Gmina		
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
12. Miejscowość						13. Kod pocztowy		
<input type="text"/>						<input type="text"/> - <input type="text"/>		
14. Ulica						15. Nr domu		16. Nr lokalu
<input type="text"/>						<input type="text"/>		<input type="text"/>
17. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę):								
Telefon kontaktowy:								
E-mail:								
III. DANE UZUPELNIAJĄCE								
1. Szczepienia (dotyczy choroby będącej przedmiotem zgłoszenia, której można zapobiegać drogą szczepień):								
<input type="checkbox"/> Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia)								
<input type="checkbox"/> Nie								
2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):								
.....								
3. Dalsze leczenie:								
1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym:								
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie								
2) skierowany do szpitala:								
<input type="checkbox"/> Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane)								
<input type="checkbox"/> Nie								
4. Zakażenie szpitalne								
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie								
5. Pobyt za granicą w okresie narażenia								
<input type="checkbox"/> Tak (podać miejsce pobytu(-tów) za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej)								
<input type="checkbox"/> Nie								
6. Przypadek importowany								
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie								
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczątką)								
1. Imię i nazwisko			2. Numer prawa wykonywania zawodu:			3. Podpis		
4. Telefon kontaktowy:			5. E-mail:					