

WZÓR

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZGONU
Z POWODU ZAKAŻENIA LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu^(*) z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny^(*) Inspektor Sanitarny w												
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <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 zgonów osób zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zgonów osób chorych na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) – zgłaszanych na innym formularzu. 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. ^(*) Niepotrzebne skreślić.													
I. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE PRZYCZYNY ZGONU^(*) (należy wpisać każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroba zakaźna)														
1. Data zgonu (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>														
2. Kod ICD-10 3. Określenie słowne: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black; text-align: center;">-</td> <td style="width: 60%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20%; border: none;">(przyczyna wyjściowa)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">-</td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: none;">(przyczyna wtórna)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">-</td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: none;">(przyczyna bezpośrednia)</td> </tr> </table>				-		(przyczyna wyjściowa)		-		(przyczyna wtórna)		-		(przyczyna bezpośrednia)
	-		(przyczyna wyjściowa)											
	-		(przyczyna wtórna)											
	-		(przyczyna bezpośrednia)											
II. DANE ZMARŁEGO														
1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; padding: 5px;">2. Imię <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 35%; padding: 5px;">4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>			2. Imię <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>									
2. Imię <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%; padding: 5px;">5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%; padding: 5px;">6. Płeć (M, K) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 55%; padding: 5px;">7. Obywatelstwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>			5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	7. Obywatelstwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>									
5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	7. Obywatelstwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>												
8. Kraj urodzenia <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>														
9. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)														
Adres miejsca zamieszkania														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">10. Województwo</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">11. Powiat</td> <td style="width: 34%; padding: 5px;">12. Gmina</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table>			10. Województwo	11. Powiat	12. Gmina									
10. Województwo	11. Powiat	12. Gmina												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 65%; padding: 5px;">13. Miejscowość <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 35%; padding: 5px;">14. Kod pocztowy <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>			13. Miejscowość <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	14. Kod pocztowy <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
13. Miejscowość <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	14. Kod pocztowy <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">15. Ulica <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">16. Nr domu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">17. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>			15. Ulica <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	16. Nr domu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	17. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>									
15. Ulica <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	16. Nr domu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	17. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>												

III. 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: