

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania⁽¹⁾ zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny⁽¹⁾ Inspektor Sanitarny w
--	---	---

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego ³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input 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 rozpoznań zachorowań na kiłę, rzeżączkę, chłamydiozy 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 type="text"/>	
Część VII. Komórka organizacyjna <input type="text"/>	

I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE⁽¹⁾

1. Kod ICD-10 - 2. Określenie słowne _____

3. Data rozpoznania/podejrzenia⁽¹⁾ (dd/mm/rrrr) 4. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów⁽¹⁾ (dd/mm/rrrr)
 / / / /

5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia⁽¹⁾

objawy kliniczne (wpisać jakie).....

badania serologiczne (wpisać jakie).....

badania mikrobiologiczne (wpisać jakie).....

badanie molekularne (wpisać jakie).....

inne badania laboratoryjne (wpisać jakie).....

przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą, zachorowania z ogniska).....

inna (wpisać jaka).....

Miejsce pobytu w okresie zachorowania (wystąpienia/stwierdzenia objawów):

6. Województwo 7. Powiat 8. Gmina

9. Miejscowość 10. Kod pocztowy
 -

11. Ulica 12. Nr domu 13. Nr lokalu

14. Osoba bezdomna
 Tak (w pkt 6-9 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

II. DANE PACJENTA

1. Nazwisko

2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL
 / /

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo

8. Osoba bezdomna

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

12. Miejscowość	13. Kod pocztowy

14. Ulica	15. Nr domu	16. Nr lokalu

17. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę):

Telefon kontaktowy:.....
E-mail:.....

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Szczepienia (dotyczy choroby będącej przedmiotem zgłoszenia, której można zapobiegać drogą szczepień):

Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia).....
 Nie

2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):
.....

3. Dalsze leczenie:

1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym:

Tak Nie

2) skierowany do szpitala:

Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane)
 Nie

4. Zakażenie szpitalne

Tak Nie

5. Pobyt za granicą w okresie narażenia

Tak (podać miejsce pobytu/ów za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej).....
 Nie

6. Przypadek importowany

Tak Nie

IV. 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: