



**III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE****1. Przynależność do populacji kluczowych** (zaznaczyć wszystkie właściwe):

- MSM<sup>5)</sup>                       PWID<sup>5)</sup>                       SW<sup>5)</sup>                       imigranci/uchodźcy  
 inna (wpisać jaka).....                       nie dotyczy

**2. Droga zakażenia:**

- kontakt seksualny z osobą tej samej płci    kontakt heteroseksualny                       kontakt seksualny, brak dokładnych danych                       brak danych  
 transmisja wertykalna (z matki na dziecko)    inna (wpisać jaka).....

**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. Przypadek importowany z kraju:**.....

**6. Czy pacjentka jest w ciąży** (dotyczy rozpoznania kłty – *Treponema pallidum*)

- Tak (wpisać tydzień ciąży):.....  
 Nie

**IV. OBJĘCIE LECZENIEM**

- objęto leczeniem w zakładzie leczniczym zgłaszającego lekarza/felczera  
 skierowano do leczenia (podać nazwę i adres podmiotu leczniczego, do którego skierowano do leczenia) .....

**V. DANE O PRZEBYTYCH CHOROBYCH****1. Czy chory był leczony na wcześniejszych etapach obecnej choroby?** (dotyczy rozpoznania kłty – *Treponema pallidum*)

- Tak                       Nie

Jeżeli tak, czy leczenie zostało zakończone zgodnie z zaleceniami lekarza?

- Tak                       Nie

**2. Data rozpoczęcia wcześniejszego leczenia** (dd/mm/rrrr)

□□ / □□ / □□□□

**3. Wcześniejsze lub jednoczesne rozpoznanie powiązanych chorób przenoszonych drogą płciową lub innych zakażeń** (patrz tabela nr 2)**Kod ICD-10**

□□□□ - □□	.....	Data rozpoznania (dd/mm/rr) lub rok	____/____/____
□□□□ - □□	.....	Data rozpoznania (dd/mm/rr) lub rok	____/____/____
□□□□ - □□	.....	Data rozpoznania (dd/mm/rr) lub rok	____/____/____

**3a. Jeżeli wpisano zakażony HIV, to czy leczony ARV**

- Tak                       Nie                       Brak danych

**VI. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA** (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętą)

1. Imię i nazwisko.....                      2. Numer prawa wykonywania zawodu: .....                      3. Podpis .....  
 4. Telefon kontaktowy: .....                      5. E-mail: .....