

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-3 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania^(*) na chorobę przenoszoną drogą płciową²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <table style="width: 100%; border: 1px solid black; height: 15px;"></table> Część II. TERYT <table style="width: 100%; border: 1px solid black; height: 15px;"></table> Część VII. Komórka organizacyjna <table style="width: 100%; border: 1px solid black; height: 15px;"></table>	Uwagi: ¹⁾ W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. ²⁾ Dotyczy podejrzenia lub zachorowania na kiłę, rzeżączkę i chlamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, 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 i numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych ⁵⁾ 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/PODEJRZENIE^(*)

1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne

3. Data rozpoznania/podejrzenia^(*) 4. Data wystąpienia objawów (dd/mm/rrrr)

5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia^(*)

objawy kliniczne (wpisać jakie).....

badania serologiczne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1)

badania mikrobiologiczne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1)

badanie molekularne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1)

inne badania laboratoryjne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1)

przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą).....

inna (wpisać jaka).....

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:

9. Województwo 10. Powiat 11. Gmina

12. Miejscowość 13. Kod pocztowy

14. Ulica 15. Nr domu 16. Nr lokalu

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Przynależność do populacji kluczowych (zaznaczyć wszystkie właściwe):

- MSM⁵⁾ PWID⁵⁾ SW⁵⁾ 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 kiły – *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 kiły – *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

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok	____/____/____
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok	____/____/____
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) 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 pieczętką)

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

Tabela nr 1 – Najczęstsze metody diagnostyczne chorób przenoszonych drogą płciową	
1. Izolacja patogenu: 1.1. Badanie bakteriologiczne/posiew/hodowla	3. Badania molekularne:
2. Badania serologiczne	3.1. Metody amplifikacji kwasów nukleinowych (PCR, RT-PCR, SDA, TMA)
2.1 Test hemaglutynacji biernej (np. TPHA)	3.2. Metody nieamplifikacyjne (hybrydyzacja z sondą)
2.2 FTA-ABS IgM	
2.3 FTA-ABS IgG	4. Badania mikroskopowe
2.4 FTA-ABS IgG/IgM	4.1. Immunofluorescencja bezpośrednia z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych (DFA)
2.5 FTA	4.2. Badanie w ciemnym polu widzenia
2.6 EIA IgM	4.3. Preparat bezpośredni
2.7 EIA IgG/IgM	
2.8 CIA	
2.9 TPI	
2.10 VDRL – Venereal Disease Research Laboratory	
2.11 RPR – Rapid Plasma Reagin	
2.12 USR – Unheated Serum Reagin test	

Tabela nr 2 – Kody ICD-10	
A51 Kila wczesna	A54.9 Zakażenie rzeżączkowe, nieokreślone
A51.0 Kila pierwotna narządów płciowych	A55 Ziarnica weneryczna wywołana przez Chlamydia
A51.1 Kila pierwotna odbytu	A56 Inne choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydia
A51.2 Kila pierwotna o innym umiejscowieniu	A56.0 Zakażenie dolnego odcinka układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia
A51.3 Kila wtórna skóry i błon śluzowych	A56.1 Zakażenie otrzewnej miednicy i innych narządów układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia
A51.4 Inne postacie kily wtórnej	A56.2 Zakażenie układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia, nieokreślone
A51.5 Kila wczesna utajona	A56.3 Zakażenie odbytu i odbytnicy wywołane przez Chlamydia
A51.9 Kila wczesna, nieokreślona	A56.4 Zakażenie gardła wywołane przez Chlamydia
A52 Kila późna	A56.8 Zakażenie o innym umiejscowieniu, przenoszone drogą płciową, wywołane przez Chlamydia
A52.0 Kila układu krążenia	A57 Wrzód weneryczny
A52.1 Kila objawowa układu nerwowego	A58 Ziarniak pachwinowy
A52.2 Kila bezobjawowa układu nerwowego	A59 Rzęsistkowica
A52.3 Kila układu nerwowego, nieokreślona	A60 Opryszczkowe (herpes simplex) zakażenie okolicy odbytovej i moczowo-płciowej
A52.7 Inne postacie kily późnej objawowej	A63 Inne choroby przenoszone głównie drogą płciową, niesklasyfikowane gdzie indziej
A52.8 Kila późna utajona	A63.0 Kłykciny kończyste
A52.9 Kila późna, nieokreślona	A64 Choroby przenoszone drogą płciową, nieokreślone
A53 Inne postacie kily i kila nieokreślona	B16 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B
A53.0 Kila utajona nieokreślona, wczesna i późna	B17.1 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C
A53.9 Kila, nieokreślona	B 18 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby
A54 Rzeżączka	B18.0 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B z wirusem delta
A54.0 Zakażenie rzeżączkowe dolnego odcinka układu moczowo-płciowego bez ropnia gruczołów okołocewkowych lub dodatkowych	B18.1 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B bez wirusa delta
A54.1 Zakażenie rzeżączkowe dolnego odcinka układu moczowo-płciowego z ropniem gruczołów okołocewkowych i dodatkowych	B18.2 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C
A54.2 Rzeżączkowe zapalenie otrzewnej miednicy oraz inne rzeżączkowe zakażenia układu moczowo-płciowego	B20 – B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]
A54.3 Rzeżączkowe zakażenie narządu wzroku	Z21 Bezobjawowy stan zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności [HIV]
A54.4 Rzeżączkowe zakażenie układu mięśniowo-szkieletowego	
A54.5 Rzeżączkowe zapalenie gardła	
A54.6 Rzeżączkowe zakażenie odbytu i odbytnicy	
A54.8 Inne zakażenia rzeżączkowe	