

Pieczętka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

ZLK-1
Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania*
zakażenia lub choroby zakaźnej¹⁾

Adresat:

Państwowy Powiatowy/Graniczny*
Inspektor Sanitarny

W

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾

Część I. Numer księgi rejestrowej

Część II. TERYT siedziby

Część III. Podmiot tworzący³⁾

Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

Uwagi:

¹⁾ Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, chlamydiozy przenoszone drogą płciową – zgłaszanych na innych formularzach.

²⁾ 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. poz. 594).

³⁾ Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

*Niepotrzebne skreślić.

I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*

1. Kod ICD-10

2. Określenie słowne

3. Data (dd/mm/rrrr)

4. Podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczyć)

badania mikrobiologiczno-serologiczne

objawy kliniczne

inne (wpisać jakie)

inne badania laboratoryjne

przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)

*Niepotrzebne skreślić.

II. DANE CHOREGO

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

4. Nr PESEL

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu**

6. Płeć (M, K)

6A. Telefon kontaktowy do chorego/opiekuna prawnego

Adres miejsca zamieszkania:

7. Kod pocztowy

8. Miejscowość

9. Gmina

10. Ulica

11. Nr domu 12. Nr lokalu

**Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

III. INNE INFORMACJE

1. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów (dd/mm/rrrr)

2. Szczepienia*

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia

3. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła)

4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym

Tak

Nie

5. Skierowano do szpitala

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala

6. Zakażenie szpitalne

Tak

Nie

7. Pobyt za granicą w okresie narażenia

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać kraj(e) pobytu i datę przyjazdu/powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej

* Dotyczy chorób, którym można zapobiegać drogą szczepień.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczętka imienna

2. Telefon kontaktowy:

3. Podpis