

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej <sup>1)</sup>	<b>ZLK-3</b> <b>Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania<sup>(*)</sup> na chorobę przenoszoną drogą płciową<sup>2)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny</b> w .....
--	--	---

<b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego<sup>3)</sup></b> Część I. Numer książki rejestrowej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Uwagi:</b> <sup>1)</sup> W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. <sup>2)</sup> Dotyczy podejrzenia lub zachorowania na kiłę, rzeżączkę i chłamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. <sup>3)</sup> 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). <sup>4)</sup> 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 <sup>5)</sup> 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<sup>(\*)</sup>**

**1. Kod ICD-10**    -  **2. Określenie słowne** \_\_\_\_\_

**3. Data rozpoznania/podejrzenia<sup>(\*)</sup>**  /  /    **4. Data wystąpienia objawów (dd/mm/rrrr)**  /  /

**5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia<sup>(\*)</sup>**

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 dokumentu<sup>4)</sup>**  **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):

- 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)

##### 1. Kod ICD-10

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	.....	Data rozpoznania (dd/mm/rr) lub rok	.....	/	.....	/	.....
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	.....	Data rozpoznania (dd/mm/rr) lub rok	.....	/	.....	/	.....
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	.....	Data rozpoznania (dd/mm/rr) lub rok	.....	/	.....	/	.....

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

- Tak                       Nie                       Brak danych

### 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: .....

Tabela nr 1 – Najczęstsze metody diagnostyczne chorób przenoszonych drogą płciową

<b>1. Izolacja patogenu:</b> 1.1. Badanie bakteriologiczne/posiew/hodowla	<b>3. Badania molekularne:</b> 3.1. Metody amplifikacji kwasów nukleinowych (PCR, RT-PCR, SDA, TMA) 3.2. Metody nieamplifikacyjne (hybrydizacja z sondą)
<b>2. Badania serologiczne</b> 2.1 Test hemaglutynacji biernej (np. TPHA) 2.2 FTA-ABS IgM 2.3 FTA-ABS IgG 2.4 FTA-ABS IgG/IgM	<b>4. Badania mikroskopowe</b> 4.1. Immunofluorescencja bezpośrednia z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych (DFA) 4.2. Badanie w ciemnym polu widzenia 4.3. Preparat bezpośredni
2.5 FTA 2.6 EIA IgM 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

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