

## WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA LUDZKIM WIRUSEM  
NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV) ALBO ZACHOROWANIA NA ZESPÓŁ  
NABYTEGO NIEDOBORU ODPORNOŚCI (AIDS) LUB ZGONU OSOBY ZAKAŻONEJ  
HIV LUB CHOREJ NA AIDS

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej <sup>1)</sup>	ZLK-4 Formularz zgłoszenia rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS <sup>†)</sup>	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w .....
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego <sup>2)</sup> Część I. Numer księgi rejestrowej ..... Część II. TERYT ..... Część VII. Komórka organizacyjna .....	Uwagi: 1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. 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. z 2019 r. poz. 173). 3) W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta albo w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS wypełnia się: a) inicjały imienia i nazwiska lub hasło; b) wiek; c) płeć; d) nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. 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) Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia. 6) W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta wypełnia się co najmniej drogę zakażenia. 7) Objasnienia: MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami (niezależnie od orientacji seksualnej), PWID – użytkownicy narkotyków w iniekcjach, SW – osoby świadczące odpłatnie usługi seksualne. †) Niepotrzebne skreślić.	
<b>I. ROZPOZNANIE</b>  A. Rozpoznanie zakażenia HIV 1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) ..... / ..... / ..... 2. Nr laboratoryjnego badania potwierdzającego: ..... 3. Data uzyskania wyniku laboratoryjnego badania potwierdzającego (dd/mm/rrrr) ..... / ..... / ..... 4. Metoda badania: <input type="checkbox"/> western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badania molekularne <input type="checkbox"/> inna (wisać jaka)..... 5. Laboratorium potwierdzające: ..... 6. Typ wirusa: <input type="checkbox"/> HIV-1 <input type="checkbox"/> HIV-2 <input type="checkbox"/> HIV-1 + HIV-2 <input type="checkbox"/> Nie określono 7. Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV: <input type="checkbox"/> ostry zespół retowirusowy <input type="checkbox"/> zakażenie bezobjawowe <input type="checkbox"/> objawy choroby HIV, nie-AIDS <input type="checkbox"/> AIDS 8. Liczba komórek CD4 (pierwsze oznaczenie po rozpoznaniu zakażenia): ..... 9. Data pierwszego badania CD4 (dd/mm/rrrr) ..... / ..... / ..... B. Rozpoznanie AIDS 1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) ..... / ..... / ..... 2. Liczba komórek CD4 (oznaczenie przy rozpoznaniu AIDS):.....		

<b>3. Leczenie ARV</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo			
<b>4. Choroby wskaźnikowe AIDS lub numer porządkowy (patrz tabela)</b> 1) ..... 2) ..... 3) ..... 4) .....			
<b>C. Zgon osoby zakażonej HIV / chorej na AIDS – przyczyna zgonu</b>			
<b>1. Data zgonu (dd/mm/rrrr)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
<b>2. Kod ICD-10</b> <input type="text"/> - <input type="text"/>		<b>3. Określenie słowne:</b> ..... (przyczyna wyjściowa) ..... (przyczyna wtórna) ..... (przyczyna bezpośrednia)	
<b>II. DANE PACJENTA<sup>3)</sup></b>			
<b>1. Nazwisko/INICJAŁ</b> <input type="text"/>			
<b>2. Imię/INICJAŁ</b> <input type="text"/>		<b>3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>4. Nr PESEL</b> <input type="text"/>
<b>5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup></b> <input type="text"/>		<b>6. Płeć (M, K)</b> <input type="checkbox"/>	<b>7. Wiek<sup>5)</sup></b> <input type="text"/>
<b>8. Obywatelstwo</b> <input type="text"/>			
<b>9. Hasło</b> <input type="text"/>			
<b>10. Osoba bezdomna</b> <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 11–14 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)			
<b>Adres miejsca zamieszkania:</b>			
<b>11. Województwo</b> <input type="text"/>		<b>12. Powiat</b> <input type="text"/>	<b>13. Gmina</b> <input type="text"/>
<b>14. Miejscowość</b> <input type="text"/>		<b>15. Kod pocztowy</b> <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<b>16. Ulica</b> <input type="text"/>		<b>17. Nr domu</b> <input type="text"/>	<b>18. Nr lokalu</b> <input type="text"/>
<b>III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE</b>			
<b>1. Przynależność do populacji kluczowych<sup>6)</sup> (zaznaczyć wszystkie właściwe):</b>			
<input type="checkbox"/> MSM <sup>7)</sup>	<input type="checkbox"/> PWID <sup>7)</sup>	<input type="checkbox"/> SW <sup>7)</sup>	<input type="checkbox"/> imigranci/uchodźcy
<input type="checkbox"/> personel medyczny	<input type="checkbox"/> tymczasowo aresztowany/osadzony	<input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka).....	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>2. Droga zakażenia:</b>			
<input type="checkbox"/> kontakt seksualny z osobą tej samej płci	<input type="checkbox"/> kontakt heteroseksualny	<input type="checkbox"/> kontakt seksualny, brak dokładnych danych	<input type="checkbox"/> jatrogenna
<input type="checkbox"/> wstrzyknięcie narkotyku	<input type="checkbox"/> transmisja wertykalna (z matki na dziecko)	<input type="checkbox"/> transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych	
<input type="checkbox"/> inna, (wpisać jaka) .....	<input type="checkbox"/> brak danych		
<b>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) .....</b>			
<b>4. Kraj urodzenia: .....</b>			
<b>5. Rok przyjazdu do Polski: .....</b>			
<b>6. Przypadek importowany z kraju: .....</b>			

7. Wcześniejsze badanie laboratoryjne w kierunku HIV (uzupełnić przy zgłoszeniu nowo wykrytego zakażenia HIV):

Data ostatniego ujemnego badania (dd/mm/rrrr)

□□ / □□ / □□□□

Data pierwszego dodatniego badania (dd/mm/rrrr)

□□ / □□ / □□□□

8. Współzakażenia obecne przy rozpoznaniu HIV (uzupełnić przy zgłoszeniu nowo wykrytego zakażenia HIV):

HBV       HCV       inne choroby przenoszone drogą płciową (wpisać jakie) .....

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczęcią)

1. Imię i nazwisko..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: ..... 3. Podpis .....

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....

Tabela – Choroby wskaźnikowe AIDS	
Nr porządkowy	Choroba wskaźnikowa AIDS
1	Zakażenia bakteryjne, liczne lub nawracające u dziecka w wieku poniżej 15 lat
2	Kandydoza oskrzeli, tchawicy lub płuc
3	Kandydoza przełyku
4	Rozsiana lub pozapłucna kokcydiodomykoza
5	Pozapłucna kryptokokoza
6	Kryptosporydioza jelitowa z biegunką trwającą dłużej niż 1 miesiąc
7	Choroba wywołana wirusem cytomegalii (poza dotyczącą wątroby, śledziony lub węzłów chłonnych) u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia
8	Zapalenie siatkówki (z upośledzeniem widzenia) wywołane przez wirus cytomegalii
9	Przewlekłe owrzodzenia utrzymujące się dłużej niż miesiąc bądź zapalenie oskrzeli, płuc, przełyku u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia wywołane przez wirus opryszczki zwykłej (HSV)
10	Rozsiana lub pozapłucna histoplazmoza
11	Izosporydioza jelitowa z biegunką trwającą dłużej niż miesiąc
12	Zmiany rozsiane lub pozapłucne wywołane przez Mycobacterium avium complex lub M. kansasii
13	Zmiany w obrębie płuc u osoby w wieku powyżej 15 lat wywołane przez Mycobacterium tuberculosis
14	Zmiany pozapłucne wywołane przez Mycobacterium tuberculosis
15	Zmiany rozsiane lub pozapłucne wywołane przez Mycobacterium, innych niż wymienione powyżej lub nieokreślonych gatunków
16	Zapalenie płuc wywołane przez Pneumocystis carinii
17	Nawracające zapalenie płuc u osoby w wieku powyżej 15 lat
18	Postępująca wielogniskowa leukoencefalopatia
19	Nawracająca posocznica wywołana przez bakterie z rodzaju Salmonella (poza wywołującymi dur brzuszny i dury rzekome)
20	Toksoplazmoza mózgu u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia
21	Inwazyjny rak szyjki macicy
22	Encefalopatia związana z zakażeniem HIV
23	Mięsak Kaposiego
24	Śródmiąższowe limfoidalne zapalenie płuc u dziecka w wieku do 15 roku życia
25	Chłoniak Burkitta
26	Chłoniak immunoblastyczny
27	Chłoniak pierwotny mózgu
28	Zespół wyniszczenia w przebiegu zakażenia HIV
29	Zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone
30	Chłoniak bliżej nieokreślony

