

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA
LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania ¹⁾ zakażenia lub choroby zakaźnej ²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny ¹⁾ Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/>	Uwagi: 1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. 2) Nie dotyczy zachorowań na gruźlicę i AIDS, zakażeń HIV oraz podejrzeń lub rozpoznai zachorowań na kiłę, rzeżączkę, chlamydiezy przenoszone drogą płciową – 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, numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. ¹⁾ Niepotrzebne skreślić.	
Część II. TERYT <input type="text"/>		
Część VII. Komórka organizacyjna <input type="text"/>		
I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE¹⁾		
1. Kod ICD-10 <input type="text"/> - <input type="text"/>	2. Określenie słowne	
3. Data rozpoznania/podejrzenia¹⁾ (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	4. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów¹⁾ (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia¹⁾		
<input type="checkbox"/> objawy kliniczne (wpisać jakie).....		
<input type="checkbox"/> badania serologiczne (wpisać jakie).....		
<input type="checkbox"/> badania mikrobiologiczne (wpisać jakie).....		
<input type="checkbox"/> badanie molekularne (wpisać jakie).....		
<input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne (wpisać jakie).....		
<input type="checkbox"/> przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą, zachorowania z ogniska).....		
<input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka).....		
Miejsce pobytu w okresie zachorowania (wystąpienia/stwierdzenia objawów):		
6. Województwo	7. Powiat	8. Gmina
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Miejscowość	10. Kod pocztowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 6-9 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
II. DANE PACJENTA		
1. Nazwisko		
<input type="text"/>		
2. Imię	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	4. Nr PESEL
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ <input type="text"/>				6. Płeć (M, K) <input type="text"/>		7. Obywatelstwo <input type="text"/>											
8. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość) Adres miejsca zamieszkania (wypełnić, jeżeli inny niż miejsce pobytu w okresie zachorowania)																	
9. Województwo <input type="text"/>				10. Powiat <input type="text"/>				11. Gmina <input type="text"/>									
12. Miejscowość <input type="text"/>												13. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>					
14. Ulica <input type="text"/>												15. Nr domu <input type="text"/>		16. Nr lokalu <input type="text"/>			
17. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę): Telefon kontaktowy:..... E-mail:.....																	
III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE																	
1. Szczepienia (dotyczy choroby będącej przedmiotem zgłoszenia, której można zapobiegać drogą szczepień): <input type="checkbox"/> Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia)..... <input type="checkbox"/> Nie																	
2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):																	
3. Dalsze leczenie:																	
1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie																	
2) skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane) <input type="checkbox"/> Nie																	
4. Zakażenie szpitalne <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie																	
5. Pobyt za granicą w okresie narażenia <input type="checkbox"/> Tak (podać miejsce pobytu(-tów) za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej)..... <input type="checkbox"/> Nie																	
6. Przypadek importowany <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie																	
IV. 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:									