

Załącznik nr 1

**ZAKAŻENIA I CHOROBY ZAKAŻNE, W PRZYPADKU KTÓRYCH PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA
ZAKAŻENIA, CHOROBY ZAKAŻNEJ LUB ZGONU Z ICH POWODU DOKONUJE SIĘ ZGŁOSZENIA**

Część I. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia każdorazowo telefonicznie oraz potwierdza w postaci papierowej lub elektronicznej:

- 1) błonica;
- 2) brucelozą;
- 3) cholera lub zakażenie toksynotwórczym szczepem *Vibrio cholerae*;
- 4) choroba wirusowa Ebola (EVD) oraz wirusowe gorączki krwotoczne o wysokiej śmiertelności, w tym Marburg i Lassa;
- 5) dżuma;
- 6) gorączka Q;
- 7) grypa wywołana nowym lub niesubtypowalnym szczepem wirusa;
- 8) grypa ptaków u ludzi lub grypa wywołana innymi szczepami pochodzenia zwierzęcego u ludzi;
- 9) inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- 10) odra;
- 10a) ospa mała;
- 11) ospa prawdziwa;
- 12) ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*);
- 13) węglik w postaci płucnej;
- 14) zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej.

Część II. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia w postaci papierowej lub elektronicznej:

- 1) bąblowica i wągrzyca;
- 2) biegunki o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej u dzieci do lat 2;
- 3) borelioza z Lyme;
- 4) chlamydie – przenoszone drogą płciową;
- 5) Chikungunya;
- 6) choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste;
- 7) czerwonka bakteryjna;
- 8) dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi;
- 9) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera) i inne riketsjozy;
- 10) giardioza;
- 11) gruźlica;
- 12) grypa (sezonowa) – wyłącznie w przypadku zachorowań potwierdzonych dodatnim wynikiem badań laboratoryjnych mających na celu izolację wirusa grypy lub wykrycie kwasu nukleinowego wirusa grypy;

- 13) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 14) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pyogenes*;
- 15) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae*;
- 16) jersinioza;
- 17) kampylobakterioza;
- 18) kiła;
- 19) kryptosporydioza;
- 20) krztusiec;
- 21) legioneloza;
- 22) leptospirozy;
- 23) listerioza;
- 24) mikobakteriozy;
- 25) nagminne zapalenie przyusznic (świnka);
- 26) nosacizna;
- 27) ornitozy;
- 28) ospa wietrzna;
- 29) ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo – u dzieci do 15 roku życia;
- 30) płonica;
- 31) pryszczycyca;
- 32) różyczka i zespół różyczki wrodzonej;
- 33) rzeżączka;
- 34) salmonelozy inne niż wywołane przez pałeczki *Salmonella* Typhi i *Salmonella* Paratyphi A, B, C;
- 35) tężec;
- 36) toksoplazmoza wrodzona;
- 37) tularemia;
- 38) węglik;
- 39) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączka;
- 40) wirusowe zapalenia wątroby (A, B, C, inne) oraz zakażenia wywołane przez wirusy zapalenia wątroby;
- 41) włośnica;
- 42) wścieklizna;
- 43) zakażenia żołądkowo-jelitowe oraz zatrucia pokarmowe o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 44) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 45) zakażenia wirusem zachodniego Nilu;
- 46) zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 47) zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm);

- 48) zespół hemolityczno-mocznicowy i inne postaci zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *Escherichia coli* (STEC/VTEC);
- 49) zimnica (malaria);
- 50) zakażenia objawowe wywołane przez *Clostridium difficile*;
- 51) zakażenia objawowe wywołane przez *Enterobacterales* produkujące karbapenemazy (CPE).

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA
LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu lecniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾		<p align="center">ZLK-1</p> <p align="center">Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania^(*) zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾</p>		Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny^(*) Inspektor Sanitarny
<p>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾</p> <p>Część I. Numer księgi rejestrowej</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Część II. TERYT</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Część VII. Komórka organizacyjna</p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>		<p>Uwagi:</p> <p>¹⁾ W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku.</p> <p>²⁾ Nie dotyczy zachorowań na gruźlicę i AIDS, zakażeń HIV oraz podejrzeń lub rozpoznani zachorowań na kiłę, rzeżączkę, chlamydiezy przenoszone drogą płciową – zgłaszanych na innych formularzach.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>^(*) Niepotrzebne skreślić.</p>		
I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE^(*)				
1. Kod ICD-10		2. Określenie słowne		
<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 15px;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>		_____		
3. Data rozpoznania/podejrzenia^(*) (dd/mm/rrrr)		4. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów^(*) (dd/mm/rrrr)		
<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div>		
5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia^(*)				
<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	
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
9. Miejscowość		10. Kod pocztowy		
<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 15px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>		
11. Ulica		12. Nr domu	13. Nr lokalu	
<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 15px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>	
14. Osoba bezdomna				
<input type="checkbox"/> Tak (w pkt 6–9 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)				
II. DANE PACJENTA				
1. Nazwisko				
<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 15px;"></div>				
2. Imię		3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	4. Nr PESEL	
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 15px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu^{a)}

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Płeć (M, K)

--

7. Obywatelstwo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Osoba bezdomna

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

10. Powiat

11. Gmina

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. Miejscowość

13. Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		-				
--	--	---	--	--	--	--

14. Ulica

15. Nr domu

16. Nr lokalu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

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):

Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia).....

Nie

2. **Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki** (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):

3. **Dalsze leczenie:**

1) **pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym:**

Tak

Nie

2) **skierowany do szpitala:**

Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane)

Nie

4. **Zakażenie szpitalne**

Tak

Nie

5. **Pobyt za granicą w okresie narażenia**

Tak (podać miejsce pobytu(-tów) za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej).....

Nie

6. **Przypadek importowany**

Tak

Nie

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

1. Imię i nazwisko.....

2. Numer prawa wykonywania zawodu:

3. Podpis

4. Telefon kontaktowy:

5. E-mail:

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNANIA GRUŹLICY

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-2 Zgłoszenie rozpoznania gruźlicy	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input type="text"/>	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⁾ 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. ⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.	
I. ROZPOZNANIE 1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> _____ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
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 dokumentu³⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. Kraj urodzenia <input type="text"/> 9. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość) Adres miejsca zamieszkania: 10. Województwo 11. Powiat 12. Gmina <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 13. Miejscowość 14. Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> 15. Ulica 16. Nr domu 17. Nr lokalu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 18. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę): Telefon kontaktowy:..... E-mail:.....		
III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE 1. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby: a) płucna nowe zachorowanie <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) wznowa <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) b) pozapłucna nowe zachorowanie <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) wznowa <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-)		

2. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)

3. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe

nieleczony leczony prawidłowo leczony nieprawidłowo brak danych

4. Szczepienia BCG

wykonano nie wykonano

5. Odczyn tuberkulinowy (OT)

wykonano nie wykonano wynik testu IGRA (+) wynik testu IGRA (-)

6. Liczba osób współzamieszkujących.....

7. Styczność z gruźlicą czynną

aktualna zakończona, rok:..... nie stwierdzono styczności brak danych

8. Badania bakteriologiczne płwociny

a) bakterioskopia/rozmaz^(*)

wynik (+) wynik (-) wykonano, brak wyników nie wykonano

b) posiew/hodowla^(*)

wynik (+) wynik (-) wykonano, brak wyników nie wykonano

9. Badanie histopatologiczne

wykonano potwierdzono gruźlicę nie potwierdzono gruźlicy nie wykonano

10. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie).....

11. Okoliczności wykrycia chorego na gruźlicę:

z objawów klinicznych ze styczności z chorym przy hospitalizacji w badaniu sekcyjnym

w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym)

w innych badaniach profilaktycznych (np. badania wstępne, okresowe)

w innych badaniach

12. Kontakt ze zwierzętami

Tak Nie

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:

WZÓR

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZACHOROWANIA
NA CHOROBE PRZENOSZONĄ DROGĄ PŁCIOWĄ**

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 <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	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 chłamydiozy 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 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> _____		
3. Data rozpoznania/podejrzenia^(*) 4. Data wystąpienia objawów (dd/mm/rrrr) <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		
5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia^(*) <input type="checkbox"/> objawy kliniczne (wpisać jakie)..... <input type="checkbox"/> badania serologiczne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) <input type="checkbox"/> badania mikrobiologiczne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) <input type="checkbox"/> badanie molekularne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) <input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) <input type="checkbox"/> przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą)..... <input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka).....		
II. DANE PACJENTA		
1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/>		
8. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
Adres miejsca zamieszkania:		
9. Województwo 10. Powiat 11. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
12. Miejscowość 13. Kod pocztowy <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/>		
14. Ulica 15. Nr domu 16. Nr lokalu <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/>		

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

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

- MSM⁵⁾ PWD⁵⁾ 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 kłły – *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 kłły – *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

- Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok ____/____/_____
 - Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok ____/____/_____
 - 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:	3. Badania molekularne:
1.1. Badanie bakteriologiczne/posiew/hodowla	
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 Kiła wczesna	A54.9 Zakażenie rzeżączkowe, nieokreślone
A51.0 Kiła pierwotna narządów płciowych	A55 Ziarnica weneryczna wywołana przez Chlamydia
A51.1 Kiła pierwotna odbytu	A56 Inne choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydia
A51.2 Kiła pierwotna o innym umiejscowieniu	A56.0 Zakażenie dolnego odcinka układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia
A51.3 Kiła 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 Kiła wczesna utajona	A56.3 Zakażenie odbytu i odbytnicy wywołane przez Chlamydia
A51.9 Kiła wczesna, nieokreślona	A56.4 Zakażenie gardła wywołane przez Chlamydia
A52 Kiła późna	A56.8 Zakażenie o innym umiejscowieniu, przenoszone drogą płciową, wywołane przez Chlamydia
A52.0 Kiła układu krążenia	A57 Wrzód weneryczny
A52.1 Kiła objawowa układu nerwowego	A58 Ziarniniak pachwinowy
A52.2 Kiła bezobjawowa układu nerwowego	A59 Rzęsistkowica
A52.3 Kiła 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 Kiła późna utajona	A63.0 Kłykciny kończyste
A52.9 Kiła późna, nieokreślona	A64 Choroby przenoszone drogą płciową, nieokreślone
A53 Inne postacie kily i kila nieokreślona	B16 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B
A53.0 Kiła utajona nieokreślona, wczesna i późna	B17.1 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C
A53.9 Kiła, nieokreślona	B18 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	

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 lecniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-4 Formularz zgłoszenia rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Uwagi: <ul style="list-style-type: none"> 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⁾ Objaśnienia: MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami (niezależnie od orientacji seksualnej), PWID – użytkownicy narkotyków w iniekcjach, SW – osoby świadczące odpłatnie usługi seksualne. ⁸⁾ Niepotrzebne skreślić. 	
I. ROZPOZNANIE A. Rozpoznanie zakażenia HIV 1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 2. Nr laboratoryjnego badania potwierdzającego: 3. Data uzyskania wyniku laboratoryjnego badania potwierdzającego (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 4. Metoda badania: <input type="checkbox"/> western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badania molekularne <input type="checkbox"/> inna (wpisać 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 retrowirusowy <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) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> B. Rozpoznanie AIDS 1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 2. Liczba komórek CD4 (oznaczenie przy rozpoznaniu AIDS):		

3. Leczenie ARV
 Tak

 Nie

 Nie wiadomo
 4. Choroby wskaźnikowe AIDS lub numer porządkowy (patrz tabela)
 1)
 2)
 3)
 4)
 C. Zgon osoby zakażonej HIV /chorej na AIDS – przyczyna zgonu
1. Data zgonu (dd/mm/rrrr)
 / /

2. Kod ICD-10	3. Określenie słowne:	
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(przyczyna wyjściowa)
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(przyczyna wtórna)
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(przyczyna bezpośrednia)

II. DANE PACJENTA³⁾**1. Nazwisko/INICJAŁ**

2. Imię/INICJAŁ

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
 / /
4. Nr PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾

6. Płeć (M, K)

7. Wiek⁵⁾

8. Obywatelstwo

9. Hasło

10. Osoba bezdomna
 Tak (w pkt 11–14 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)
 Adres miejsca zamieszkania:**11. Województwo**

12. Powiat

13. Gmina

14. Miejscowość

15. Kod pocztowy
 -
16. Ulica

17. Nr domu

18. Nr lokalu

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE**1. Przynależność do populacji kluczowych⁶⁾ (zaznaczyć wszystkie właściwe):**

<input type="checkbox"/> MSM ⁷⁾	<input type="checkbox"/> PWID ⁷⁾	<input type="checkbox"/> SW ⁷⁾	<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

2. Droga zakażenia:

<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		

3. Dodatkowe informacje o drogach 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. Rok przyjazdu do Polski:

6. Przypadek importowany z kraju:

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 pieczętką)

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 kokcydioidomykoza
5	Pozapłucna kryptokokoza
6	Kryptosporidioza 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	Isosporidioza 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

WZÓR

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZGONU
Z POWODU ZAKAŻENIA LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu^(*) z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny^(*) Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" 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 zgonów osób zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zgonów osób chorych na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) – zgłaszanych na innym formularzu. 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. ^(*) Niepotrzebne skreślić.	
I. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE PRZYCZYNY ZGONU^(*) (należy wpisać każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroba zakaźna)		
1. Data zgonu (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
2. Kod ICD-10 3. Określenie słowne: <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> (przyczyna wyjściowa) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> (przyczyna wtórna) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> (przyczyna bezpośrednia)		
II. DANE ZMARŁEGO		
1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
8. Kraj urodzenia <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
9. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
Adres miejsca zamieszkania		
10. Województwo 11. Powiat 12. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
13. Miejscowość 14. Kod pocztowy <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
15. Ulica 16. Nr domu 17. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		

III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętąka)

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