

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania^(*) zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny^(*) Inspektor Sanitarny w																
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Część II. TERYT <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Część VII. Komórka organizacyjna <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	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 rozpoznań zachorowań na kłę, rzeżączkę, chlamydiozy 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. (*) Niepotrzebne skreślić.																	
I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE^(*) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 1. Kod ICD-10 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> - </div> </div> <div style="width: 45%;"> 2. Określenie słowne <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> 3. Data rozpoznania/podejrzenia^(*) (dd/mm/rrrr) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> / / </div> </div> <div style="width: 45%;"> 4. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów^(*) (dd/mm/rrrr) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> / / </div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> 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)..... </div> <div style="margin-top: 10px;"> Miejsce pobytu w okresie zachorowania (wystąpienia/stwierdzenia objawów): <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">6. Województwo</td> <td style="width: 20%;">7. Powiat</td> <td style="width: 40%;">8. Gmina</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%;">9. Miejscowość</td> <td style="width: 40%;">10. Kod pocztowy</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> - </td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 65%;">11. Ulica</td> <td style="width: 15%;">12. Nr domu</td> <td style="width: 20%;">13. Nr lokalu</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <div style="margin-top: 10px;"> 14. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 6–9 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość) </div>			6. Województwo	7. Powiat	8. Gmina				9. Miejscowość	10. Kod pocztowy		 - 	11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu			
6. Województwo	7. Powiat	8. Gmina																
9. Miejscowość	10. Kod pocztowy																	
	 - 																	
11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu																
II. DANE PACJENTA 1. Nazwisko <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%;">2. Imię</td> <td style="width: 20%;">3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</td> <td style="width: 35%;">4. Nr PESEL</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> / / </td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>			2. Imię	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	4. Nr PESEL		 / / 											
2. Imię	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	4. Nr PESEL																
	 / / 																	

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾

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 pieczętą)

1. Imię i nazwisko.....

2. Numer prawa wykonywania zawodu:

3. Podpis

4. Telefon kontaktowy:

5. E-mail: