Pieczątka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	**ZLK-4** **Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/ zgonu osoby zakażonej HIV/ chorej na AIDS***	Adresat: **Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny** w .....

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu[1)]

Część I. Numer księgi rejestrowej

Część II. TERYT siedziby

Część III. Podmiot tworzący[2)]

Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

Uwagi:

[1)] 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. poz. 594).

[2)] Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

*Niepotrzebne skreślić.

I . ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*

1. Kod ICD-10 ___ – ___ **2. Określenie słowne** _____ **3. Data** (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

4. Informacje dotyczące rozpoznania

A. Nowo wykryte zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV)

Badanie potwierdzające:

numer badania ..... data badania : .....

metoda:

☐ western-blot ☐ badanie wirusologiczne ☐ badanie molekularne

☐ inna (wpisać jaka) .....

Jednostka zlecająca badanie: .... tel. .....

Laboratorium potwierdzające: .... tel. .....

Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV:

☐ ARS ☐ zakażenie bezobjawowe ☐ objawy choroby HIV, nie-AIDS ☐ AIDS

B. Rozpoznanie AIDS

Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą definitywną:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą prawdopodobną:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

5. Zgon osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS* - przyczyna podejrzenia lub rozpoznania zgonu

Kod ICD-10 ___ – ___ **Określenie słowne** _____ **Data** (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

* Niepotrzebne skreślić.

II. DANE CHOREGO*

1. Nazwisko

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

5. Inny krajowy nr identyfikacyjny** **6. Płeć** (M, K) **7. Wiek*****

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy **9. Miejscowość**

10. Ulica **11. Nr domu** **12. Nr lokalu**

* Jeżeli pacjent zastrzeże dane osobowe, należy wpisać: zamiast nazwiska i imienia - w poz. 1 i 2 inicjały imienia i nazwiska lub hasło, zamiast daty urodzenia - w poz. 7 wiek, zamiast adresu - w poz. 9 nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Pacjent nie może zastrzec danych o płci.

** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

*** Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia.

III. DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Badanie w kierunku HIV:

data ostatniego ujemnego badania: …….. … data pierwszego dodatniego badania: …….

AIDS: data rozpoznania pierwszego epizodu: ……

Liczba komórek CD4 w odstępie 3 miesięcy od rozpoznania HIV/AIDS: ……..

Leczenie ARV przed rozpoznaniem AIDS/zgonem:

☐ TAK ☐ NIE ☐ Nie wiadomo

Przynależność do grup szczególnie narażonych:

☐ IDU ☐ MSM,WSW ☐ CSW

☐ Pracownicy ochrony zdrowia/personel medyczny

Drogi nabycia zakażenia:

☐ kontakt homoseksualny ☐ kontakt heteroseksualny ☐ kontakt seksualny, brak dokładnych danych

☐ wstrzyknięcie narkotyku ☐ wertykalna ☐ transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych

☐ jatrogenna ☐ inna (jaka?) ……..

Inne choroby przenoszone drogą płciową: ……..

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczątka imienna ..... 2. Telefon kontaktowy: ..... 3. Podpis .....