

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej <sup>1)</sup>	<b>ZLK-3</b> <b>Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania<sup>(*)</sup> na chorobę przenoszoną drogą płciową<sup>2)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny</b> W .....
--	--	---

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego <sup>3)</sup> Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input type="text"/>	Uwagi: <sup>1)</sup> W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. <sup>2)</sup> Dotyczy podejrzenia lub zachorowania na kiłę, rzeżączkę i chlamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. <sup>3)</sup> 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). <sup>4)</sup> 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 <sup>5)</sup> 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<sup>(\*)</sup>**

1. Kod ICD-10                      2. Określenie słowne

-                       \_\_\_\_\_

3. Data rozpoznania/podejrzenia<sup>(\*)</sup>                      4. Data wystąpienia objawów (dd/mm/rrrr)

/  /                        /  /

5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia<sup>(\*)</sup>

objawy kliniczne (wpisać jakie).....

badania serologiczne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) .....

badania mikrobiologiczne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) .....

badanie molekularne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) .....

inne badania laboratoryjne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1) .....

przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą).....

inna (wpisać jaka).....

**II. DANE PACJENTA**

1. Nazwisko

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

                      /  /                      

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup>                      6. Płeć (M, K)                      7. Obywatelstwo

                                          

8. Osoba bezdomna  
 Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

Adres miejsca zamieszkania:

9. Województwo                      10. Powiat                      11. Gmina

                                          

12. Miejscowość                      13. Kod pocztowy

                      -

14. Ulica                      15. Nr domu                      16. Nr lokalu

### III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

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

- MSM<sup>5)</sup>                       PWID<sup>5)</sup>                       SW<sup>5)</sup>                       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 kiły – *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 kiły – *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

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	.....	Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok	____/____/____
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	.....	Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok	____/____/____
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	.....	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: 1.1. Badanie bakteriologiczne/posiew/hodowla	3. Badania molekularne:
<b>2. Badania serologiczne</b>	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	<b>4. Badania mikroskopowe</b>
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	
<b>A51 Kila wczesna</b>	A54.9 Zakażenie rzeżączkowe, nieokreślone
A51.0 Kila pierwotna narządów płciowych	<b>A55 Ziarnica weneryczna wywołana przez Chlamydia</b>
A51.1 Kila pierwotna odbytu	<b>A56 Inne choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydia</b>
A51.2 Kila pierwotna o innym umiejscowieniu	A56.0 Zakażenie dolnego odcinka układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia
A51.3 Kila 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 Kila wczesna utajona	A56.3 Zakażenie odbytu i odbytnicy wywołane przez Chlamydia
A51.9 Kila wczesna, nieokreślona	A56.4 Zakażenie gardła wywołane przez Chlamydia
<b>A52 Kila późna</b>	A56.8 Zakażenie o innym umiejscowieniu, przenoszone drogą płciową, wywołane przez Chlamydia
A52.0 Kila układu krążenia	A57 Wrzód weneryczny
A52.1 Kila objawowa układu nerwowego	A58 Ziarniniak pachwinowy
A52.2 Kila bezobjawowa układu nerwowego	<b>A59 Rzęsistkowica</b>
A52.3 Kila układu nerwowego, nieokreślona	A60 Opryszczkowe (herpes simplex) zakażenie okolicy odbytovej i moczowo-płciowej
A52.7 Inne postacie kily późnej objawowej	<b>A63 Inne choroby przenoszone głównie drogą płciową, niesklasyfikowane gdzie indziej</b>
A52.8 Kila późna utajona	A63.0 Kłykciny kończyste
A52.9 Kila późna, nieokreślona	<b>A64 Choroby przenoszone drogą płciową, nieokreślone</b>
<b>A53 Inne postacie kily i kila nieokreślona</b>	<b>B16 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B</b>
A53.0 Kila utajona nieokreślona, wczesna i późna	<b>B17.1 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C</b>
A53.9 Kila, nieokreślona	<b>B 18 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby</b>
<b>A54 Rzeżączka</b>	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	<b>B20 – B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]</b>
A54.3 Rzeżączkowe zakażenie narządu wzroku	<b>Z21 Bezobjawowy stan zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności [HIV]</b>
A54.4 Rzeżączkowe zakażenie układu mięśniowo-szkieletowego	
A54.5 Rzeżączkowe zapalenie gardła	
A54.6 Rzeżączkowe zakażenie odbytu i odbytnicy	
A54.8 Inne zakażenia rzeżączkowe	