Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej[1]	**ZLK-1** **Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania**[*] **zakażenia lub choroby zakaźnej**[2]	Adresat: **Państwowy Powiatowy/Graniczny**[*] **Inspektor Sanitarny** **w** .....

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego[3]

Część I. Numer księgi rejestrowej

Część II. TERYT

Część VII. Komórka organizacyjna

Uwagi:

[1] W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczątki albo nadruku.

[2] Nie dotyczy zachorowań na gruźlicę i AIDS, zakażeń HIV oraz podejrzeń lub rozpoznań zachorowań na kiłę, 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[*]

1. Kod ICD-10 –

2. Określenie słowne _____

3. Data rozpoznania/podejrzenia[*] (dd/mm/rrrr) / /

4. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów[*] (dd/mm/rrrr) / /

5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia[*]

- ☐ objawy kliniczne (wpisać jakie)……..
- ☐ badania serologiczne (wpisać jakie)……
- ☐ badania mikrobiologiczne (wpisać jakie)……
- ☐ badanie molekularne (wpisać jakie)……
- ☐ inne badania laboratoryjne (wpisać jakie)……
- ☐ przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą, zachorowania z ogniska)……..
- ☐ inna (wpisać jaka)……....

Miejsce pobytu w okresie zachorowania (wystąpienia/stwierdzenia objawów):

6. Województwo **7. Powiat** **8. Gmina**

9. Miejscowość **10. Kod pocztowy** -

11. Ulica **12. Nr domu** **13. Nr lokalu**

14. Osoba bezdomna

☐ Tak (w pkt 6–9 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

II. DANE PACJENTA

1. Nazwisko

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

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu[4] **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/ów 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: .....