

|  |  |  |
|--|--|--|
| Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą: | <b>ZLK-1</b><br><b>Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania*</b><br><b>zakażenia lub choroby zakaźnej<sup>1)</sup></b> | Adresat:<br><b>Państwowy Powiatowy/Graniczny*</b><br><b>Inspektor Sanitarny</b><br>w ..... |
|--|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu<sup>2)</sup></b><br><b>Część I. Numer księgi rejestrowej</b><br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/><br><b>Część II. TERYT siedziby</b><br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/><br><b>Część III. Podmiot tworzący<sup>3)</sup></b><br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/><br><b>Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej</b><br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | <b>Uwagi:</b><br><sup>1)</sup> Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, chlamydiezy przenoszone drogą płciową – zgłaszanych na innych formularzach.<br><sup>2)</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. poz. 594).<br><sup>3)</sup> Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.<br>*Niepotrzebne skreślić. |
|---|--|

**I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE\***

1. Kod ICD-10      2. Określenie słowne      3. Data (dd/mm/rrrr)

-       \_\_\_\_\_       /  /

4. Podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczyć)

badania mikrobiologiczno-serologiczne     objawy kliniczne     inne (wpisać jakie) \_\_\_\_\_

inne badania laboratoryjne     przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)

\*Niepotrzebne skreślić.

**II. DANE CHOREGO**

1. Nazwisko

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

      /  /      

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu\*\*      6. Płeć (M, K)

        

**Adres miejsca zamieszkania:**

7. Kod pocztowy      8. Miejscowość

-      

9. Gmina

10. Ulica      11. Nr domu      12. Nr lokalu

          

\*\*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.

### III. INNE INFORMACJE

1. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów (dd/mm/rrrr)

/  /

2. Szczepienia\*

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia.....

3. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła) .....

4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym

Tak

Nie

5. Skierowano do szpitala

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala

6. Zakażenie szpitalne

Tak

Nie

7. Pobyt za granicą w okresie narażenia

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać kraj(e) pobytu i datę przyjazdu/powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej .....

\* Dotyczy chorób, którym można zapobiegać drogą szczepień.

### IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

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