



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 18 grudnia 2019 r.

Poz. 2430

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 10 grudnia 2019 r.

w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu

Na podstawie art. 27 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia, o którym mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zwanego dalej „zgłoszeniem”;
- 2) sposób dokonywania zgłoszeń oraz właściwych państwowych inspektorów sanitarnych, którym są przekazywane zgłoszenia;
- 3) wzory formularzy zgłoszeń.

§ 2. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Wzór formularza zgłoszenia:

- 1) podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej – określa załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 2) rozpoznania gruźlicy – określa załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 3) podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową – określa załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 4) rozpoznania zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) albo zachorowania na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub zgonu osoby zakażonej HIV lub chorej na AIDS – określa załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 5) podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej – określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 4. Zgłoszenie jest dokonywane w postaci:

- 1) elektronicznej – w formie dokumentu elektronicznego:
 - a) sporządzonego i przesłanego z wykorzystaniem formularza elektronicznego wystawionego w Systemie Monitorowania Zagrożeń, o którym mowa w art. 26 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408, 730, 1590 i 1905), albo

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

- b) sporządzonego w systemie teleinformatycznym, w którym podmiot wykonujący działalność leczniczą prowadzi dokumentację medyczną pacjenta, a następnie przesłanego bezpośrednio do prowadzonego w systemie teleinformatycznym rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego, o którym mowa w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – jeżeli pozwalają na to możliwości techniczne nadawcy i odbiorcy, albo
 - c) przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci zaszyfrowanej – jeżeli pozwalają na to możliwości techniczne nadawcy i odbiorcy, albo
- 2) papierowej – przesyłką poleconą lub bezpośrednio za pokwitowaniem, w kopercie opatrzonej wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i oznaczeniem „ZLK”.

§ 5. Zgłoszenie:

- 1) w postaci elektronicznej, o którym mowa w § 4 pkt 1 lit. a oraz b, jest przekazywane państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania osoby, u której powzięto podejrzenie lub rozpoznano zakażenie, zachorowanie na chorobę zakaźną lub zgon z ich powodu, a w przypadku osoby bezdomnej lub osoby o niemożliwym do ustalenia miejscu zamieszkania państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu;
- 2) w postaci elektronicznej, o którym mowa w § 4 pkt 1 lit. c, oraz w postaci papierowej, o którym mowa w § 4 pkt 2, jest przekazywane państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu.

§ 6. 1. W przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej wskazanej w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia zgłoszenie jest dokonywane telefonicznie państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, zachorowania na chorobę zakaźną lub zgonu z ich powodu, na numer telefonu alarmowego opublikowany na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

2. W sposób określony w ust. 1 zgłasza się również wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych wskazanych w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia, jeżeli w ocenie lekarza lub felczera okoliczności wymagają podjęcia przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej natychmiastowych działań mających na celu ochronę zdrowia publicznego.

3. Zgłoszenie telefoniczne, o którym mowa w ust. 1 i 2:

- 1) obejmuje dane, o których mowa w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w zakresie koniecznym do podjęcia działań zapobiegawczych lub przeciwepidemicznych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- 2) jest potwierdzane, nie później niż w ciągu 24 godzin od jego dokonania, zgłoszeniem w postaci elektronicznej albo papierowej, o których mowa w § 4.

§ 7. Zgłoszenie dotyczące podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, które stwierdzono na obszarze przejścia granicznego, jest przekazywane odpowiednio państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu albo państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla tego przejścia.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.²⁾

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. poz. 848), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2019 r. na podstawie art. 48 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991, z 2016 r. poz. 65, 580, 652, 832, 1579 i 2020, z 2017 r. poz. 599 i 1524, z 2018 r. poz. 697 oraz z 2019 r. poz. 1590).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 10 grudnia 2019 r. (poz. 2430)

Załącznik nr 1

**ZAKAŻENIA I CHOROBY ZAKAŻNE, W PRZYPADKU KTÓRYCH PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA
ZAKAŻENIA, CHOROBY ZAKAŻNEJ LUB ZGONU Z ICH POWODU DOKONUJE SIĘ ZGŁOSZENIA**

Część I. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia każdorazowo telefonicznie oraz potwierdza w postaci papierowej lub elektronicznej:

- 1) błonica;
- 2) brucelozą;
- 3) cholera lub zakażenie toksynotwórczym szczepem *Vibrio cholerae*;
- 4) choroba wirusowa Ebola (EVD) oraz wirusowe gorączki krwotoczne o wysokiej śmiertelności, w tym Marburg i Lassa;
- 5) dżuma;
- 6) gorączka Q;
- 7) grypa wywołana nowym lub niesubtypowalnym szczepem wirusa;
- 8) grypa ptaków u ludzi lub grypa wywołana innymi szczepami pochodzenia zwierzęcego u ludzi;
- 9) inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- 10) odra;
- 11) ospa prawdziwa;
- 12) ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*);
- 13) węglik w postaci płucnej;
- 14) zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej.

Część II. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia w postaci papierowej lub elektronicznej:

- 1) bąblowica i wągrzyca;
- 2) biegunki o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej u dzieci do lat 2;
- 3) borelioza z Lyme;
- 4) chlamydiozy – przenoszone drogą płciową;
- 5) Chikungunya;
- 6) choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste;
- 7) czerwonka bakteryjna;
- 8) dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi;
- 9) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera) i inne riketsjozy;
- 10) giardioza;
- 11) gruźlica;
- 12) grypa (sezonowa) – wyłącznie w przypadku zachorowań potwierdzonych dodatnim wynikiem badań laboratoryjnych mających na celu izolację wirusa grypy lub wykrycie kwasu nukleinowego wirusa grypy;

- 13) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 14) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pyogenes*;
- 15) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae*;
- 16) jersinioza;
- 17) kamylobakterioza;
- 18) kiła;
- 19) kryptosporydioza;
- 20) krztusiec;
- 21) legioneloza;
- 22) leptospirozy;
- 23) listerioza;
- 24) mikobakteriozy;
- 25) nagminne zapalenie przyusznic (świnka);
- 26) nosacizna;
- 27) ornitozy;
- 28) ospa wietrzna;
- 29) ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo – u dzieci do 15 roku życia;
- 30) płonica;
- 31) pryszczycyca;
- 32) różyczka i zespół różyczki wrodzonej;
- 33) rzeżączka;
- 34) salmonelozy inne niż wywołane przez pałeczki *Salmonella* Typhi i *Salmonella* Paratyphi A, B, C;
- 35) tężec;
- 36) toksoplazmoza wrodzona;
- 37) tularemia;
- 38) wąglik;
- 39) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączka;
- 40) wirusowe zapalenia wątroby (A, B, C, inne) oraz zakażenia wywołane przez wirusy zapalenia wątroby;
- 41) włośnica;
- 42) wścieklizna;
- 43) zakażenia żołądkowo-jelitowe oraz zatrucia pokarmowe o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 44) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 45) zakażenia wirusem zachodniego Nilu;
- 46) zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 47) zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm);

- 48) zespół hemolityczno-mocznicowy i inne postaci zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *Escherichia coli* (STEC/VTEC);
- 49) zimnica (malaria);
- 50) zakażenia objawowe wywołane przez *Clostridium difficile*;
- 51) zakażenia objawowe wywołane przez *Enterobacterales* produkujące karbapenemazy (CPE).

WZÓR

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA
LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

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 <input style="width: 100%;" type="text"/> Część II. TERYT <input style="width: 100%;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%;" type="text"/>	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 rozpoznai 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 dokumentu⁴⁾ <input type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/>	7. Obywatelstwo <input type="text"/>
8. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> 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
<input type="text"/>		
12. Miejscowość	13. Kod pocztowy	<input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>		
14. Ulica	15. Nr domu	16. Nr lokalu
<input type="text"/>		
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): <input type="checkbox"/> Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia)..... <input type="checkbox"/> Nie		
2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):		
3. Dalsze leczenie:		
1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
2) skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane) <input type="checkbox"/> Nie		
4. Zakażenie szpitalne <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
5. Pobyt za granicą w okresie narażenia <input type="checkbox"/> Tak (podać miejsce pobytu(-tów) za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej)..... <input type="checkbox"/> Nie		
6. Przypadek importowany <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczęcią)		
1. Imię i nazwisko.....	2. Numer prawa wykonywania zawodu:	3. Podpis
4. Telefon kontaktowy:		
5. E-mail:		

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNIANIA GRUŻLICY

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-2 Zgłoszenie rozpoznania gruźlicy	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. ²⁾ 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). ³⁾ 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 1. Kod ICD-10 <input type="text"/> - <input type="text"/> 2. Określenie słowne _____ 3. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
II. DANE PACJENTA 1. Nazwisko <input type="text"/> 2. Imię <input type="text"/> 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 4. Nr PESEL <input type="text"/> 5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu ³⁾ <input type="text"/> 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> 7. Obywatelstwo <input type="text"/> 8. Kraj urodzenia <input type="text"/> 9. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość) Adres miejsca zamieszkania: 10. Województwo _____ 11. Powiat _____ 12. Gmina _____ 13. Miejscowość <input type="text"/> 14. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> 15. Ulica <input type="text"/> 16. Nr domu <input type="text"/> 17. Nr lokalu <input type="text"/> 18. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę): Telefon kontaktowy:..... E-mail:.....		
III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE 1. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby: a) płucna nowe zachorowanie <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) <input type="checkbox"/> wznowa bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) b) pozapłucna nowe zachorowanie <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) <input type="checkbox"/> wznowa bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-)		

2. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)

3. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe
 nieleczony
 leczony prawidłowo
 leczony nieprawidłowo
 brak danych
4. Szczepienia BCG
 wykonano
 nie wykonano
5. Odczyn tuberkulinowy (OT)
 wykonano
 nie wykonano
 wynik testu IGRA (+)
 wynik testu IGRA (-)
6. Liczba osób współzamieszkujących.....**7. Styczność z gruźlicą czynną**
 aktualna
 zakończona, rok:.....
 nie stwierdzono styczności
 brak danych
8. Badania bakteriologiczne płwociny**a) bakterioskopia/rozmaz^(*)**
 wynik (+)
 wynik (-)
 wykonano, brak wyników
 nie wykonano
b) posiew/hodowla^(*)
 wynik (+)
 wynik (-)
 wykonano, brak wyników
 nie wykonano
9. Badanie histopatologiczne
 wykonano
 potwierdzono gruźlicę
 nie potwierdzono gruźlicy
 nie wykonano
10. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie).....**11. Okoliczności wykrycia chorego na gruźlicę:**
 z objawów klinicznych
 ze styczności z chorym
 przy hospitalizacji
 w badaniu sekcyjnym

 w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym)

 w innych badaniach profilaktycznych (np. badania wstępne, okresowe)

 w innych badaniach
12. Kontakt ze zwierzętami
 Tak
 Nie
IV. 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:

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

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

- MSM⁵⁾ PWID⁵⁾ SW⁵⁾ 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 kłya – *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 kłya – *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

- Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok ____/____/____
 - Data rozpoznania ((dd/mm/rr) lub rok ____/____/____
 - 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:	3. Badania molekularne:
1.1. Badanie bakteriologiczne/posiew/hodowla	3.1. Metody amplifikacji kwasów nukleinowych (PCR, RT-PCR, SDA, TMA)
2. Badania serologiczne	3.2. Metody nieamplifikacyjne (hybrydyzacja z sondą)
2.1 Test hemaglutynacji biernej (np. TPHA)	
2.2 FTA-ABS IgM	
2.3 FTA-ABS IgG	4. Badania mikroskopowe
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	
A51 Kiła wczesna	A54.9 Zakażenie rzeżączkowe, nieokreślone
A51.0 Kiła pierwotna narządów płciowych	A55 Ziarnica weneryczna wywołana przez Chlamydia
A51.1 Kiła pierwotna odbytu	A56 Inne choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydia
A51.2 Kiła pierwotna o innym umiejscowieniu	A56.0 Zakażenie dolnego odcinka układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia
A51.3 Kiła 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 Kiła wczesna utajona	A56.3 Zakażenie odbytu i odbytnicy wywołane przez Chlamydia
A51.9 Kiła wczesna, nieokreślona	A56.4 Zakażenie gardła wywołane przez Chlamydia
A52 Kiła późna	A56.8 Zakażenie o innym umiejscowieniu, przenoszone drogą płciową, wywołane przez Chlamydia
A52.0 Kiła układu krążenia	A57 Wrzód weneryczny
A52.1 Kiła objawowa układu nerwowego	A58 Ziarniniak pachwinowy
A52.2 Kiła bezobjawowa układu nerwowego	A59 Rzęsistkowica
A52.3 Kiła układu nerwowego, nieokreślona	A60 Opryszczkowe (herpes simplex) zakażenie okolicy odbytovej i moczowo-płciowej
A52.7 Inne postacie kily późnej objawowej	A63 Inne choroby przenoszone głównie drogą płciową, niesklasyfikowane gdzie indziej
A52.8 Kiła późna utajona	A63.0 Kłykciny kończyste
A52.9 Kiła późna, nieokreślona	A64 Choroby przenoszone drogą płciową, nieokreślone
A53 Inne postacie kily i kiła nieokreślona	B16 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B
A53.0 Kiła utajona nieokreślona, wczesna i późna	B17.1 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C
A53.9 Kiła, nieokreślona	B18 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby
A54 Rzeżączka	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	B20 – B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]
A54.3 Rzeżączkowe zakażenie narządu wzroku	Z21 Bezobjawowy stan zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności [HIV]
A54.4 Rzeżączkowe zakażenie układu mięśniowo-szkieletowego	
A54.5 Rzeżączkowe zapalenie gardła	
A54.6 Rzeżączkowe zakażenie odbytu i odbytnicy	
A54.8 Inne zakażenia rzeżączkowe	

WZÓR

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA LUDZKIM WIRUSEM
NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV) ALBO ZACHOROWANIA NA ZESPÓŁ
NABYTEGO NIEDOBORU ODPORNOŚCI (AIDS) LUB ZGONU OSOBY ZAKAŻONEJ
HIV LUB CHOREJ NA AIDS**

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu lecniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-4 Formularz zgłoszenia rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. ²⁾ 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). ³⁾ W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta albo w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS wypełnia się: a) inicjały imienia i nazwiska lub hasło; b) wiek; c) płeć; d) nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. ⁴⁾ 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. ⁵⁾ Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia. ⁶⁾ W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta wypełnia się co najmniej drogę zakażenia. ⁷⁾ Objaśnienia: MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami (niezależnie od orientacji seksualnej), PWID – użytkownicy narkotyków w iniekcjach, SW – osoby świadczące odpłatnie usługi seksualne. ⁸⁾ Niepotrzebne skreślić.	
I. ROZPOZNANIE A. Rozpoznanie zakażenia HIV 1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 2. Nr laboratoryjnego badania potwierdzającego: 3. Data uzyskania wyniku laboratoryjnego badania potwierdzającego (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 4. Metoda badania: <input type="checkbox"/> western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badania molekularne <input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka)..... 5. Laboratorium potwierdzające: 6. Typ wirusa: <input type="checkbox"/> HIV-1 <input type="checkbox"/> HIV-2 <input type="checkbox"/> HIV-1 + HIV-2 <input type="checkbox"/> Nie określono 7. Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV: <input type="checkbox"/> ostry zespół retrowirusowy <input type="checkbox"/> zakażenie bezobjawowe <input type="checkbox"/> objawy choroby HIV, nie-AIDS <input type="checkbox"/> AIDS 8. Liczba komórek CD4 (pierwsze oznaczenie po rozpoznaniu zakażenia): 9. Data pierwszego badania CD4 (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> B. Rozpoznanie AIDS 1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 2. Liczba komórek CD4 (oznaczenie przy rozpoznaniu AIDS):		

3. Leczenie ARV
 Tak Nie Nie wiadomo

4. Choroby wskaźnikowe AIDS lub numer porządkowy (patrz tabela)
 1)
 2)
 3)
 4)

C. Zgon osoby zakażonej HIV /chorej na AIDS – przyczyna zgonu

1. Data zgonu (dd/mm/rrrr)
 / /

2. Kod ICD-10 - 3. Określenie słowne: (przyczyna wyjściowa)
 - (przyczyna wtórna)
 - (przyczyna bezpośrednia)

II. DANE PACJENTA³⁾

1. Nazwisko/INICJAŁ

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

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Wiek⁵⁾ 8. Obywatelstwo

9. Hasło

10. Osoba bezdomna
 Tak (w pkt 11–14 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

Adres miejsca zamieszkania:

11. Województwo 12. Powiat 13. Gmina

14. Miejscowość 15. Kod pocztowy -

16. Ulica 17. Nr domu 18. Nr lokalu

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Przynależność do populacji kluczowych⁶⁾ (zaznaczyć wszystkie właściwe):
 MSM⁷⁾ PWID⁷⁾ SW⁷⁾ imigranci/uchodźcy
 personel medyczny tymczasowo aresztowany/osadzony inna (wpisać jaka)..... nie dotyczy

2. Droga zakażenia:
 kontakt seksualny z osobą tej samej płci kontakt heteroseksualny kontakt seksualny, brak dokładnych danych jatrogenna
 wstrzyknięcie narkotyku transmisja wertykalna (z matki na dziecko) transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych
 inna, (wpisać jaka) brak danych

3. Dodatkowe informacje o drogach 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. Rok przyjazdu do Polski:

6. Przypadek importowany z kraju:

7. Wcześniejsze badanie laboratoryjne w kierunku HIV (uzupełnić przy zgłoszeniu nowo wykrytego zakażenia HIV):

Data ostatniego ujemnego badania (dd/mm/rrrr)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data pierwszego dodatniego badania (dd/mm/rrrr)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

8. Współzakażenia obecne przy rozpoznaniu HIV (uzupełnić przy zgłoszeniu nowo wykrytego zakażenia HIV):
 HBV HCV inne choroby przenoszone drogą płciową (wpisać jakie)
IV. 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 – Choroby wskaźnikowe AIDS	
Nr porządkowy	Choroba wskaźnikowa AIDS
1	Zakażenia bakteryjne, liczne lub nawracające u dziecka w wieku poniżej 15 lat
2	Kandydoza oskrzeli, tchawicy lub płuc
3	Kandydoza przełyku
4	Rozsiana lub pozapłucna kokcydioidomykoza
5	Pozapłucna kryptokoza
6	Kryptosporidioza jelitowa z biegunką trwającą dłużej niż 1 miesiąc
7	Choroba wywołana wirusem cytomegalii (poza dotyczącą wątroby, śledziony lub węzłów chłonnych) u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia
8	Zapalenie siatkówki (z upośledzeniem widzenia) wywołane przez wirus cytomegalii
9	Przewlekłe owrzodzenia utrzymujące się dłużej niż miesiąc bądź zapalenie oskrzeli, płuc, przełyku u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia wywołane przez wirus opryszczki zwykłej (HSV)
10	Rozsiana lub pozapłucna histoplazmoza
11	Izosporydioza jelitowa z biegunką trwającą dłużej niż miesiąc
12	Zmiany rozsiane lub pozapłucne wywołane przez Mycobacterium avium complex lub M. kansasii
13	Zmiany w obrębie płuc u osoby w wieku powyżej 15 lat wywołane przez Mycobacterium tuberculosis
14	Zmiany pozapłucne wywołane przez Mycobacterium tuberculosis
15	Zmiany rozsiane lub pozapłucne wywołane przez Mycobacterium, innych niż wymienione powyżej lub nieokreślonych gatunków
16	Zapalenie płuc wywołane przez Pneumocystis carinii
17	Nawracające zapalenie płuc u osoby w wieku powyżej 15 lat
18	Postępująca wielogniskowa leukoencefalopatia
19	Nawracająca posocznica wywołana przez bakterie z rodzaju Salmonella (poza wywołującymi dur brzuszny i dury rzekome)
20	Toksoplazmoza mózgu u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia
21	Inwazyjny rak szyjki macicy
22	Encefalopatia związana z zakażeniem HIV
23	Mięsak Kaposiego
24	Śródmiąższowe limfoidalne zapalenie płuc u dziecka w wieku do 15 roku życia
25	Chłoniak Burkitta
26	Chłoniak immunoblastyczny
27	Chłoniak pierwotny mózgu
28	Zespół wyniszczenia w przebiegu zakażenia HIV
29	Zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone
30	Chłoniak bliżej nieokreślony

WZÓR

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZGONU
Z POWODU ZAKAŻENIA LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu^(*) z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny^(*) Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. ²⁾ Nie dotyczy zgonów osób zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zgonów osób chorych na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) – zgłaszanych na innym formularzu. 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. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE PRZYCZYNY ZGONU^(*) (należy wpisać każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroba zakaźna)		
1. Data zgonu (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
2. Kod ICD-10 3. Określenie słowne: <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> (przyczyna wyjściowa) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> (przyczyna wtórna) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> (przyczyna bezpośrednia)		
II. DANE ZMARŁEGO		
1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
8. Kraj urodzenia <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
9. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
Adres miejsca zamieszkania		
10. Województwo 11. Powiat 12. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
13. Miejscowość 14. Kod pocztowy <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
15. Ulica 16. Nr domu 17. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		

III. 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: