

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 kłły – *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 kłły – *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/rr) lub rok	____/____/____
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Data rozpoznania (dd/mm/rrr) 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: