|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej 1) | **ZLK-4****Zgłoszenie rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS**(\*) | Adresat:**Państwowy Powiatowy** **Inspektor Sanitarny** **w** ..................................................................... |
| **Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego**2)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) 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.(\*) Niepotrzebne skreślić. |
| **I. ROZPOZNANIE****A. Rozpoznanie zakażenia HIV****1. Data rozpoznania** (dd/mm/rrrr)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

**2. Nr laboratoryjnego badania potwierdzającego**: ……………………………………………**3. Data uzyskania wyniku laboratoryjnego badania potwierdzającego** (dd/mm/rrrr)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

**4. Metoda badania:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | western-blot |  | badanie wirusologiczne  |  | badania molekularne |  |  |

inna (wpisać jaka)…………………………………………………………

|  |
| --- |
|  |

**5. Laboratorium potwierdzające**: …….…………………………………………………………………………………………………………………**6. Typ wirusa:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | HIV-1 |  | HIV-2 |  | HIV-1 + HIV-2 |  | Nie określono  |

**7. Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ostry zespół retrowirusowy |  | zakażenie bezobjawowe |  | objawy choroby HIV, nie-AIDS |  | AIDS |

**8. Liczba komórek CD4** (pierwsze oznaczenie po rozpoznaniu zakażenia): ……………………….. **9. Data pierwszego badania CD4** (dd/mm/rrrr)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

**B. Rozpoznanie AIDS****1. Data rozpoznania** (dd/mm/rrrr)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

**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 PACJENTA**3)**1. Nazwisko/INICJAŁ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu**4)  **6. Płeć (M, K) 7. Wiek**5) **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 kluczowych**6) (zaznaczyćwszystkie właściwe):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MSM7) |  | PWID7)  |  | SW7) |  | imigranci/uchodźcy |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | personel medyczny |  | tymczasowo aresztowany/osadzony   |  | inna (wpisać jaka)…………… |  | nie dotyczyOsoba pozbawiona |

**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 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. 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 droga płciową (wpisać jakie) ………….. ……………………. |  |  |

 |
| **IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA**(wpisać albo nanieśćnadrukiem albo pieczątką) 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 kryptokokoza |
| 6 | Kryptosporydioza 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, przełykuu 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 | Zamiany 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 wieloogniskowa 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 |