FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA LUB CHOROBY ZAKAŹNEJ

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(-tów) 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: .....