

**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 leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-4 Formularz zgłoszenia rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS⁶⁾	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: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 2. Nr laboratoryjnego badania potwierdzającego: 3. Data uzyskania wyniku laboratoryjnego badania potwierdzającego (dd/mm/rrrr) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; 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: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> B. Rozpoznanie AIDS 1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; 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 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 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 kryptokokoza
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