

WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA
LUB CHOROBY ZAKAŻNE

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą;	ZLK-1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania* zakażenia lub choroby zakaźnej¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny W
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, chłamydiozy przenoszone drogą płciową – zgłaszanych na innych formularzach. 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. poz. 594). ³⁾ Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. *Niepotrzebne skreślić.	
I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE* 1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> _____ <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 4. Podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczyć) <input type="checkbox"/> badania mikrobiologiczno-serologiczne <input type="checkbox"/> objawy kliniczne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) _____ <input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne <input type="checkbox"/> przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)		
II. DANE CHOREGO 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: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** 6. Płeć (M, K) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Adres miejsca zamieszkania: 7. Kod pocztowy 8. Miejscowość <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 9. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 10. Ulica 11. Nr domu 12. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>		
**Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.		

III. INNE INFORMACJE

1. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów (dd/mm/rrrr)

/ /

2. Szczepienia*

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia

3. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła)

4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym

Tak

Nie

5. Skierowano do szpitala

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala

6. Zakażenie szpitalne

Tak

Nie

7. Pobyt za granicą w okresie narażenia

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać kraj(e) pobytu i datę przyjazdu/powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej

* Dotyczy chorób, którym można zapobiegać drogą szczepień.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczęćka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis