

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Już leczony na obecną chorobę

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać gdzie:

2. Przebyte choroby weneryczne:

Kod ICD-10

-

-

-

3. Droga nabycia zakażenia:

kontakt homoseksualny

kontakt heteroseksualny

kontakt seksualny, brak dokładnych danych

wstrzyknięcie narkotyku

wertykalna

transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych

jatrogenna

inna (jaka?)

4. Chorego objęto leczeniem/skierowano do*

* Niepotrzebne skreślić.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

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