

**WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA
LUDZKIM WIRUSEM NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV) ALBO ZACHOROWANIA
NA ZESPÓŁ NABYTEGO NIEDOBORU ODPORNOŚCI (AIDS) LUB ZGONU OSOBY ZAKAŻONEJ HIV
LUB CHOREJ NA AIDS**

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą	ZLK-4 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/ zgonu osoby zakażonej HIV/ chorej na AIDS*	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu ¹⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Część III. Podmiot tworzący²⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ 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). ²⁾ 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 type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. Informacje dotyczące rozpoznania A. Nowo wykryte zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) Badanie potwierdzające: numer badania data badania : metoda: <input type="checkbox"/> western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka) Jednostka zlecająca badanie: tel. Laboratorium potwierdzające: tel. Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV: <input type="checkbox"/> ARS <input type="checkbox"/> zakażenie bezobjawowe <input type="checkbox"/> objawy choroby HIV, nie-AIDS <input type="checkbox"/> AIDS B. Rozpoznanie AIDS Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą definitywną: Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą prawdopodobną: 1. 1. 2. 2. 3. 3. 4. 4.		

5. Zgon osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS* – przyczyna podejrzenia lub rozpoznania zgonu

Kod ICD-10

 -

Określenie słowne

Data (dd/mm/rrrr)

 / /

* Niepotrzebne skreślić.

II. DANE CHOROGE*

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

 / /

4. Nr PESEL**

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu**

6. Płeć (M, K)

7. Wiek***

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy

 -

9. Miejscowość

10. Ulica

11. Nr domu

12. Nr lokalu

* Jeżeli pacjent zastrzeże dane osobowe, należy wpisać: zamiast nazwiska i imienia – w poz. 1 i 2 inicjały imienia i nazwiska lub hasło, zamiast daty urodzenia – w poz. 7 wiek, zamiast adresu – w poz. 9 nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Pacjent nie może zastrzec danych o płci.

** 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.

*** Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia.

III. DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Badanie w kierunku HIV:

data ostatniego ujemnego badania: data pierwszego dodatniego badania:

AIDS: data rozpoznania pierwszego epizodu:

Liczba komórek CD4 w odstępie 3 miesięcy od rozpoznania HIV/AIDS:

Leczenie ARV przed rozpoznaniem AIDS/zgonem:

TAK

NIE

Nie wiadomo

Przynależność do grup szczególnie narażonych:

IDU

MSM,WSW

CSW

Pracownicy ochrony zdrowia/personel medyczny

Drogi nabycia zakażenia:

kontakt homoseksualny

kontakt heteroseksualny

kontakt seksualny, brak dokładnych danych

wstrzyknięcie narkotyku

wertykalna

transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych

jatrogenna

inna (jaka?)

Inne choroby przenoszone drogą płciową:

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

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