

WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA
LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Pieczęć 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 Część II. TERYT siedziby Część III. Podmiot tworzący³⁾ Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej | | 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) / / | |
| 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) | | | |
| *Niepotrzebne skreślić. | | | | | |
| II. DANE CHOREGO | | | | | |
| 1. Nazwisko | | | | | |
| 2. Imię | | 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / / | | 4. Nr PESEL | |
| 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** | | 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Adres miejsca zamieszkania: | | | | | |
| 7. Kod pocztowy - | | 8. Miejscowość | | | |
| 9. Gmina | | | | | |
| 10. Ulica | | 11. Nr domu | | 12. Nr lokalu | |
| **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. Pieczętka imienna

2. Telefon kontaktowy:

3. Podpis