

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA LUDZKIM WIRUSEM
NIEDOBRU ODPORNOŚCI (HIV) ALBO ZACHOROWANIA NA ZESPÓŁ
NABYTEGO NIEDOBRU 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 AIDS^(*)	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej Część II. TERYT Część VII. Komórka organizacyjna 	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⁾ Objasnienia: MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami (niezależnie od orientacji seksualnej), PWID – użytkownicy narkotyków w iniekcjach, SW – osoby świadczące odpłatnie usługi seksualne. ^(*) Niepotrzebne skreślić.	

I. ROZPOZNANIE

A. Rozpoznanie zakażenia HIV
1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)
2. Nr laboratoryjnego badania potwierdzającego:
3. Data uzyskania wyniku laboratoryjnego badania potwierdzającego (dd/mm/rrrr)
4. Metoda badania:

☐ western-blot

☐ badanie wirusologiczne

☐ badania molekularne

☐ inna (wpisać jaka).....

5. Laboratorium potwierdzające:
6. Typ wirusa:

☐ HIV-1

☐ HIV-2

☐ HIV-1 + HIV-2

☐ Nie określono

7. Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV:

☐ ostry zespół retrowirusowy

☐ zakażenie bezobjawowe

☐ objawy choroby HIV, nie-AIDS

☐ AIDS

8. Liczba komórek CD4 (pierwsze oznaczenie po rozpoznaniu zakażenia):
9. Data pierwszego badania CD4 (dd/mm/rrrr)
B. Rozpoznanie AIDS
1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)
2. Liczba komórek CD4 (oznaczenie przy rozpoznaniu AIDS):.....
3. Leczenie ARV

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie wiadomo

4. Choroby wskaźnikowe AIDS lub numer porządkowy (patrz tabela)

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 kokcydiodomykoza
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 wieloogniskowa 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

Załącznik nr 6

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZGONU Z POWODU
ZAKAŻENIA LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾ 	ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu^(*) z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny^(*) Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej Część II. TERYT Część VII. Komórka organizacyjna 	Uwagi: ¹⁾ W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. ²⁾ Nie dotyczy zgonów osób zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zgonów osób chorych na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) – zgłaszanych na innym formularzu. ³⁾ 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⁾ Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo nazwę, numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. ^(*) Niepotrzebne skreślić.	

I. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE PRZYCZYNNY ZGONU^(*) (należy wpisać każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroba zakaźna)

1. Data zgonu (dd/mm/rrrr)

//

2. Kod ICD-10 **2. Określenie słowne:**

-

(przyczyna wyjściowa)

-

(przyczyna wtórna)

-

(przyczyna bezpośrednia)

II. DANE ZMARLEGO

1. Nazwisko

2. Imię

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾

8. Kraj urodzenia

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

//

7. Obywatelstwo

6. Płeć (M, K)

4. Nr PESEL

9. Osoba bezdomna
☐ Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

Adres miejsca zamieszkania

10. Województwo

11. Powiat

12. Gmina

13. Miejscowość

14. Kod pocztowy

-

15. Ulica

16. Nr domu

17. Nr lokalu

III. 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: