Pieczątka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	**ZLK-1** **Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania* zakażenia lub choroby zakaźnej**[1)]	Adresat: **Państwowy Powiatowy/Graniczny*** **Inspektor Sanitarny** w ……

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu[2)]

Część I. Numer księgi rejestrowej

Część II. TERYT siedziby

Część III. Podmiot tworzący[3)]

Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

Uwagi:

[1)] Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, chlamydiozy 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)

☐ **badania mikrobiologiczno-serologiczne** ☐ **objawy kliniczne** ☐ **inne** (wpisać jakie) ……..

☐ **inne badania laboratoryjne** ☐ **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)

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. Pieczątka imienna .....…… 2. Telefon kontaktowy: .....… 3.Podpis .....