

Załącznik nr 1

**ZAKAŻENIA I CHOROBY ZAKAŻNE, W PRZYPADKU KTÓRYCH PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA
ZAKAŻENIA, CHOROBY ZAKAŻNEJ LUB ZGONU Z ICH POWODU DOKONUJE SIĘ ZGŁOSZENIA**

Część I. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia każdorazowo telefonicznie oraz potwierdza w postaci papierowej lub elektronicznej:

- 1) błonica;
- 2) bruceloza;
- 3) cholera lub zakażenie toksynotwórczym szczepem *Vibrio cholerae*;
- 4) choroba wirusowa Ebola (EVD) oraz wirusowe gorączki krwotoczne o wysokiej śmiertelności, w tym Marburg i Lassa;
- 5) dżuma;
- 6) gorączka Q;
- 7) grypa wywołana nowym lub niesubtypowalnym szczepem wirusa;
- 8) grypa ptaków u ludzi lub grypa wywołana innymi szczepami pochodzenia zwierzęcego u ludzi;
- 9) inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- 10) odra;
- 11) ospa prawdziwa;
- 12) ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*);
- 13) węglik w postaci płucnej;
- 14) zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej.

Część II. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia w postaci papierowej lub elektronicznej:

- 1) bąblowica i węgryca;
- 2) biegunki o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej u dzieci do lat 2;
- 3) borelioza z Lyme;
- 4) chlamydiozy – przenoszone drogą płciową;
- 5) Chikungunya;
- 6) choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste;
- 7) czerwotka bakteryjna;
- 8) dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi;
- 9) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera) i inne riketsjozy;
- 10) giardioza;
- 11) gruźlica;
- 12) grypa (sezonowa) – wyłącznie w przypadku zachorowań potwierdzonych dodatnim wynikiem badań laboratoryjnych mających na celu izolację wirusa grypy lub wykrycie kwasu nukleinowego wirusa grypy;

- 13) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 14) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pyogenes*;
- 15) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae*;
- 16) jersinioza;
- 17) kampylobakterioza;
- 18) kiła;
- 19) kryptosporydioza;
- 20) krztusiec;
- 21) legioneloza;
- 22) leptospirozy;
- 23) listerioza;
- 24) mikobakteriozy;
- 25) nagminne zapalenie przyusznic (świnka);
- 26) nosacizna;
- 27) ornitozy;
- 28) ospa wietrzna;
- 29) ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo – u dzieci do 15 roku życia;
- 30) płonica;
- 31) pryszczycyca;
- 32) różyczka i zespół różyczki wrodzonej;
- 33) rzeżączka;
- 34) salmonelozы inne niż wywołane przez pałeczki *Salmonella* Typhi i *Salmonella* Paratyphi A, B, C;
- 35) tężec;
- 36) toksoplazmoza wrodzona;
- 37) tularemia;
- 38) wąglik;
- 39) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączka;
- 40) wirusowe zapalenia wątroby (A, B, C, inne) oraz zakażenia wywołane przez wirusy zapalenia wątroby;
- 41) włośnica;
- 42) wścieklizna;
- 43) zakażenia żołądkowo-jelitowe oraz zatrucia pokarmowe o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 44) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 45) zakażenia wirusem zachodniego Nilu;
- 46) zapalenia opon mózgowo rdzeniowych lub mózgu o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 47) zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm);

- 48) zespół hemolityczno-mocznicowy i inne postaci zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *Escherichia coli* (STEC/VTEC);
- 49) zimnica (malaria);
- 50) zakażenia objawowe wywołane przez *Clostridium difficile*;
- 51) zakażenia objawowe wywołane przez *Enterobacterales* produkujące karbapenemazy (CPE).

WZÓR

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA
LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu lecniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania^(*) 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 zachorowań na gruźlicę i AIDS, zakażeń HIV oraz podejrzeń lub rozpoznanych zachorowań na kiłę, rzeżączkę, chłamydiozy przenoszone drogą płciową – zgłaszanych na innych formularzach. 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). ⁴⁾ 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. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE^(*)

1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne
 -

3. Data rozpoznania/podejrzenia^(*) (dd/mm/rrrr) 4. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów^(*) (dd/mm/rrrr)
 / / / /

5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia^(*)

☐ objawy kliniczne (wpisać jakie).....

☐ badania serologiczne (wpisać jakie).....

☐ badania mikrobiologiczne (wpisać jakie).....

☐ badanie molekularne (wpisać jakie).....

☐ inne badania laboratoryjne (wpisać jakie).....

☐ przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą, zachorowania z ogniska).....

☐ inna (wpisać jaka).....

Miejsce pobytu w okresie zachorowania (wystąpienia/stwierdzenia objawów):

6. Województwo 7. Powiat 8. Gmina

9. Miejscowość 10. Kod pocztowy

11. Ulica 12. Nr domu 13. Nr lokalu

14. Osoba bezdomna
☐ Tak (w pkt 6–9 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

II. DANE PACJENTA

1. Nazwisko

2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ 	6. Płeć (M, K) 	7. Obywatelstwo
8. Osoba bezdomna ☐ Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
Adres miejsca zamieszkania (wypełnić, jeżeli inny niż miejsce pobytu w okresie zachorowania)		
9. Województwo 	10. Powiat 	11. Gmina
12. Miejscowość 	13. Kod pocztowy -	
14. Ulica 	15. Nr domu 	16. Nr lokalu
17. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę): Telefon kontaktowy: E-mail:		

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Szczepienia (dotyczy choroby będącej przedmiotem zgłoszenia, której można zapobiegać drogą szczepień):

☐ Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia)

☐ Nie

2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):

3. Dalsze leczenie:

1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym:

☐ Tak ☐ Nie

2) skierowany do szpitala:

☐ Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane)

☐ Nie

4. Zakażenie szpitalne

☐ Tak ☐ Nie

5. Pobyt za granicą w okresie narażenia

☐ Tak (podać miejsce pobytu(-tów) za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej)

☐ Nie

6. Przypadek importowany

☐ Tak ☐ Nie

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczęcią)

1. Imię i nazwisko 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail:

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNANIA GRUŹLICY

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾ 	ZLK-2 Zgłoszenie rozpoznania gruźlicy	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⁾ 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. ROZPOZNANIE

1. Kod ICD-10

2. Określenie słowne

3. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)

/

/

II. DANE PACJENTA

1. Nazwisko

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

/

/

2. Imię

4. Nr PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu³⁾

6. Płeć (M, K)

7. Obywatelstwo

8. Kraj urodzenia

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

18. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę):
 Telefon kontaktowy:
 E-mail:

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby:

a) płucna

nowe zachorowanie
☐ bakteriologia (+)

☐ bakteriologia (-)

wznowa
☐ bakteriologia (+)

☐ bakteriologia (-)

b) pozapłucna

nowe zachorowanie
☐ bakteriologia (+)

☐ bakteriologia (-)

wznowa
☐ bakteriologia (+)

☐ bakteriologia (-)

2. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)

3. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe

☐ nieleczony ☐ leczony prawidłowo ☐ leczony nieprawidłowo ☐ brak danych

4. Szczepienia BCG

☐ wykonano ☐ nie wykonano

5. Odczyn tuberkulinowy (OT)

☐ wykonano ☐ nie wykonano ☐ wynik testu IGRA (+) ☐ wynik testu IGRA (-)

6. Liczba osób współzamieszkujących:.....

7. Styczność z gruźlicą czynną

☐ aktualna ☐ zakończona, rok:..... ☐ nie stwierdzono styczności ☐ brak danych

8. Badania bakteriologiczne płwociny

a) bakterioskopia/rozmaz^(*)

☐ wynik (+) ☐ wynik (-) ☐ wykonano, brak wyników ☐ nie wykonano

b) posiew/hodowla^(*)

☐ wynik (+) ☐ wynik (-) ☐ wykonano, brak wyników ☐ nie wykonano

9. Badanie histopatologiczne

☐ wykonano ☐ potwierdzono gruźlicę ☐ nie potwierdzono gruźlicy ☐ nie wykonano

10. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie).....

11. Okoliczności wykrycia chorego na gruźlicę:

☐ z objawów klinicznych ☐ ze styczności z chorym ☐ przy hospitalizacji ☐ w badaniu sekcyjnym

☐ w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym)

☐ w innych badaniach profilaktycznych (np. badania wstępne, okresowe)

☐ w innych badaniach

12. Kontakt ze zwierzętami

☐ Tak ☐ Nie

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętą)

1. Imię i nazwisko..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail:

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾ 	ZLK-3 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania^(*) na chorobę przenoszoną drogą płciową²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy 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⁾ Dotyczy podejrzenia lub zachorowania na kiłę, rzeżączkę i chłamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. 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). 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⁾ 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/PODEJRZENIE^(*)

1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne

-

3. Data rozpoznania/podejrzenia^(*) 4. Data wystąpienia objawów (dd/mm/rrrr)

/
 /

/
 /

5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia^(*)

☐ objawy kliniczne (wpisać jakie).....

☐ badania serologiczne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1)

☐ badania mikrobiologiczne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1)

☐ badanie molekularne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1)

☐ inne badania laboratoryjne (wpisać jakie – patrz tabela nr 1)

☐ przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą).....

☐ inna (wpisać jaka).....

II. DANE PACJENTA

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

/
 /

4. Nr PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ 6. Płeć (M, K)

7. Obywatelstwo

8. Osoba bezdomna

☐ Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

Adres miejsca zamieszkania:

9. Województwo

10. Powiat

11. Gmina

12. Miejscowość

13. Kod pocztowy

14. Ulica

15. Nr domu

16. Nr lokalu

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Przynależność do populacji kluczowych (zaznaczyć wszystkie właściwe):

- ☐ MSM⁵⁾ ☐ PWID⁵⁾ ☐ SW⁵⁾ ☐ imigranci/uchodźcy
☐ inna (wpisać jaka)..... ☐ nie dotyczy

2. Droga zakażenia:

- ☐ kontakt seksualny z osobą tej samej płci ☐ kontakt heteroseksualny ☐ kontakt seksualny, brak dokładnych danych ☐ brak danych
☐ transmisja wertykalna (z matki na dziecko) ☐ inna (wpisać jaka).....

3. Dodatkowe informacje o drodze zakażenia (np. informacje epidemiologiczne o partnerze/partnerce takie jak: status serologiczny, przynależność do populacji kluczowej, informacje epidemiologiczne o matce zakażonego dziecka)

4. Kraj urodzenia:.....

5. Przypadek importowany z kraju:.....

6. Czy pacjentka jest w ciąży (dotyczy rozpoznania kłły – *Treponema pallidum*)

- ☐ Tak (wpisać tydzień ciąży):.....
☐ Nie

IV. OBJĘCIE LECZENIEM

- ☐ objęto leczeniem w zakładzie leczniczym zgłaszającego lekarza/felczera
☐ skierowano do leczenia (podać nazwę i adres podmiotu leczniczego, do którego skierowano do leczenia)

V. DANE O PRZEBYTYCH CHOROBYCH

1. Czy chory był leczony na wcześniejszych etapach obecnej choroby? (dotyczy rozpoznania kłły – *Treponema pallidum*)

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli tak, czy leczenie zostało zakończone zgodnie z zaleceniami lekarza?

- ☐ Tak ☐ Nie

2. Data rozpoczęcia wcześniejszego leczenia (dd/mm/rrrr)

/ /

3. Wcześniejsze lub jednoczesne rozpoznanie powiązanych chorób przenoszonych drogą płciową lub innych zakażeń (patrz tabela nr 2)

Kod ICD-10

-		Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok	____/____/____
-		Data rozpoznania ((dd/mm/rrr) lub rok	____/____/____
-		Data rozpoznania (dd/mm/rrr) lub rok	____/____/____

3a. Jeżeli wpisano zakażony HIV, to czy leczony ARV

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Brak danych

VI. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczęcią)

1. Imię i nazwisko..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis
4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail:

Tabela nr 1 – Najczęstsze metody diagnostyczne chorób przenoszonych drogą płciową	
1. Izolacja patogenu: 1.1. Badanie bakteriologiczne/posiew/hodowla	3. Badania molekularne: 3.1. Metody amplifikacji kwasów nukleinowych (PCR, RT-PCR, SDA, TMA) 3.2. Metody nieamplifikacyjne (hybrydyzacja z sondą)
2. Badania serologiczne 2.1 Test hemaglutynacji bierniej (np. TPHA) 2.2 FTA-ABS IgM 2.3 FTA-ABS IgG 2.4 FTA-ABS IgG/IgM 2.5 FTA 2.6 EIA IgM 2.7 EIA IgG/IgM 2.8 CIA 2.9 TPI 2.10 VDRL – Venereal Disease Research Laboratory 2.11 RPR – Rapid Plasma Reagin 2.12 USR – Unheated Serum Reagin test	4. Badania mikroskopowe 4.1. Immunofluorescencja bezpośrednia z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych (DFA) 4.2. Badanie w ciemnym polu widzenia 4.3. Preparat bezpośredni

Tabela nr 2 – Kody ICD-10	
A51 Kiła wczesna A51.0 Kiła pierwotna narządów płciowych A51.1 Kiła pierwotna odbytu A51.2 Kiła pierwotna o innym umiejscowieniu A51.3 Kiła wtórna skóry i błon śluzowych A51.4 Inne postacie kily wtórnej A51.5 Kiła wczesna utajona A51.9 Kiła wczesna, nieokreślona	A54.9 Zakażenie rzeżączkowe, nieokreślone A55 Złota weneryczna wywołana przez Chlamydia A56 Inne choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydia A56.0 Zakażenie dolnego odcinka układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia A56.1 Zakażenie otrzewnej miednicy i innych narządów układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia A56.2 Zakażenie układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia, nieokreślone A56.3 Zakażenie odbytu i odbytnicy wywołane przez Chlamydia A56.4 Zakażenie gardła wywołane przez Chlamydia A56.8 Zakażenie o innym umiejscowieniu, przenoszone drogą płciową, wywołane przez Chlamydia
A52 Kiła późna A52.0 Kiła układu krążenia A52.1 Kiła objawowa układu nerwowego A52.2 Kiła bezobjawowa układu nerwowego A52.3 Kiła układu nerwowego, nieokreślona A52.7 Inne postacie kily późnej objawowej A52.8 Kiła późna utajona A52.9 Kiła późna, nieokreślona	A57 Wrzód weneryczny A58 Złota weneryczna pachwinowa A59 Rzęsistkowica A60 Opryszczkowe (herpes simplex) zakażenie okolicy odbytu i moczowo-płciowej A63 Inne choroby przenoszone głównie drogą płciową, niesklasyfikowane gdzie indziej A63.0 Kłykciny kończyste A64 Choroby przenoszone drogą płciową, nieokreślone B16 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B B17.1 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C B18 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby B18.0 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B z wirusem delta B18.1 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B bez wirusa delta B18.2 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C
A53 Inne postacie kily i kila nieokreślona A53.0 Kiła utajona nieokreślona, wczesna i późna A53.9 Kiła, nieokreślona	B20 – B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] Z21 Bezobjawowy stan zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności [HIV]
A54 Rzeżączka A54.0 Zakażenie rzeżączkowe dolnego odcinka układu moczowo-płciowego bez ropnia gruczołów okołocewkowych lub dodatkowych A54.1 Zakażenie rzeżączkowe dolnego odcinka układu moczowo-płciowego z ropniem gruczołów okołocewkowych i dodatkowych A54.2 Rzeżączkowe zapalenie otrzewnej miednicy oraz inne rzeżączkowe zakażenia układu moczowo-płciowego A54.3 Rzeżączkowe zakażenie narządu wzroku A54.4 Rzeżączkowe zakażenie układu mięśniowo-szkieletowego A54.5 Rzeżączkowe zapalenie gardła A54.6 Rzeżączkowe zakażenie odbytu i odbytnicy A54.8 Inne zakażenia rzeżączkowe	

WZÓR

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

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu lecniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-4 Formularz zgłoszenia rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS¹⁾	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⁾ Objaśnienia: MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami (niezależnie od orientacji seksualnej), PWID – użytkownicy narkotyków w iniekcjach, SW – osoby świadczące odpłatnie usługi seksualne. ⁸⁾ 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)**

- 1)
2)
3)
4)

C. Zgon osoby zakażonej HIV /chorej na AIDS – przyczyna zgonu**1. Data zgonu (dd/mm/rrrr)** / / **2. Kod ICD-10** -
 -
 - **3. Określenie słowne:**

..... (przyczyna wyjściowa)
..... (przyczyna wtórna)
..... (przyczyna bezpośrednia)

II. DANE PACJENTA³⁾**1. Nazwisko/INICJAŁ****2. Imię/INICJAŁ****3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)** / / **4. Nr PESEL****5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾****6. Płeć (M, K)****7. Wiek⁵⁾****8. Obywatelstwo****9. Hasło****10. Osoba bezdomna**☐ Tak (w pkt 11–14 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)**Adres miejsca zamieszkania:****11. Województwo****12. Powiat****13. Gmina****14. Miejscowość****15. Kod pocztowy** - **16. Ulica****17. Nr domu****18. Nr lokalu****III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE****1. Przynależność do populacji kluczowych⁶⁾ (zaznaczyć wszystkie właściwe):**☐ MSM⁷⁾☐ PWID⁷⁾☐ SW⁷⁾☐ imigranci/uchodźcy☐ personel medyczny☐ tymczasowo aresztowany/osadzony☐ inna (wpisać jaka).....☐ nie dotyczy**2. Droga zakażenia:**☐ kontakt seksualny z osobą tej samej płci☐ kontakt heteroseksualny☐ kontakt seksualny, brak dokładnych danych☐ jatrogenna☐ wstrzyknięcie narkotyku☐ transmisja wertykalna (z matki na dziecko)☐ transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych☐ inna, (wpisać jaka)☐ brak danych**3. Dodatkowe informacje o drodze zakażenia (np. informacje epidemiologiczne o partnerze/partnerce takie jak: status serologiczny, przynależność do populacji kluczowej, informacje epidemiologiczne o matce zakażonego dziecka)****4. Kraj urodzenia:.....****5. Rok przyjazdu do Polski:****6. Przypadek importowany z kraju:**

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail:

WZÓR

**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). ⁴⁾ 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 PRZYCZYNY 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 **3. Określenie słowne:**

-

(przyczyna wyjściowa)

-

(przyczyna wtórna)

-

(przyczyna bezpośrednia)

II. DANE ZMARŁEGO

1. Nazwisko

2. Imię **3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)** **4. Nr PESEL**

/

/

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ **6. Płeć (M, K)** **7. Obywatelstwo**

8. Kraj urodzenia

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 pieczętą)

- | | | |
|------------------------------|--|-----------------|
| 1. Imię i nazwisko..... | 2. Numer prawa wykonywania zawodu: | 3. Podpis |
| 4. Telefon kontaktowy: | 5. E-mail: | |