

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/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 rozpoznania 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

