

Pieczęćka 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)

☐ badania mikrobiologiczno-serologiczne

☐ inne badania laboratoryjne

☐ objawy kliniczne

☐ przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)

☐ inne (wpisać jakie)

*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)

☐ 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. Pieczęćka imienna

2. Telefon kontaktowy:

3. Podpis