

Warszawa, dnia 26 lipca 2013 r.

Poz. 848

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 10 lipca 2013 r.

w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej

Na podstawie art. 27 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu są dokonywane zgłoszenia, o których mowa w art. 27 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zwanej dalej „ustawą”;
- 2) podmioty, którym są przekazywane zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy;
- 3) wzory formularzy zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- 4) sposób dokonywania zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, o których mowa w art. 27 ust. 1 i 2 ustawy;
- 5) tryb dokonywania zgłoszeń podejrzenia zachorowania na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lub zgonu z powodu takiej choroby członka załogi lub pasażera odbywającego podróż międzynarodową.

§ 2. Ustala się wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu są dokonywane zgłoszenia, o których mowa w art. 27 ust. 1 i 2 ustawy, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Ustala się wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. Ustala się wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 5. Ustala się wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 6. Ustala się wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) albo zachorowania na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub zgonu osoby zakażonej HIV lub chorej na AIDS, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723 oraz z 2012 r. poz. 892.

§ 7. Ustala się wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 8. Zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej są przekazywane państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu albo państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

§ 9. Zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej na formularzu, o którym mowa w § 3–7, lekarz, felczer albo kierownik szpitala, o którym mowa w art. 27 ust. 2 ustawy:

- 1) przesyła przesyłką poleconą w kopertach opatrzonych wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i symbolem „ZLK”,
 - 2) przesyła za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci zaszyfrowanej, jeżeli pozwalają na to możliwości techniczne nadawcy i odbiorcy, lub
 - 3) przekazuje bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem
- w sposób zapewniający ochronę danych osobowych zawartych w zgłoszeniu.

§ 10. Zgłoszenia, o których mowa w art. 27 ust. 8 ustawy, są przekazywane z urzędu.

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.³⁾

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2003 r. w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, rozpoznania zachorowania na chorobę zakaźną oraz podejrzenia lub stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej oraz sposobu ich przekazywania (Dz. U. Nr 90, poz. 853 oraz z 2005 r. Nr 186, poz. 1564), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 2012 r. na podstawie art. 68 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723 oraz z 2012 r. poz. 892).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 10 lipca 2013 r. (poz. 848)

Załącznik nr 1

WYKAZ ZAKAŻEŃ I CHOROÓB ZAKAŻNYCH, W PRZYPADKU KTÓRYCH PODEJRZENIA
LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA, CHOROBY ZAKAŻNEJ LUB ZGONU Z ICH POWODU
SĄ DOKONYWANE ZGŁOSZENIA, O KTÓRYCH MOWA W ART. 27 UST. 1 I 2 USTAWY
Z DNIA 5 GRUDNIA 2008 R. O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ
I CHOROÓB ZAKAŻNYCH U LUDZI

- 1) bąblowica i wągrzyca;
- 2) biegunki o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej u dzieci do lat 2;
- 3) błonica;
- 4) borelioza z Lyme;
- 5) bruceloza;
- 6) chlamydiozy – przenoszone drogą płciową;
- 7) cholera;
- 8) choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste;
- 9) czerwonka bakteryjna;
- 10) dur brzuszny i zakażenia pałeczkami durowymi;
- 11) dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi;
- 12) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera) i inne riketsjozy;
- 13) dżuma;
- 14) giardioza;
- 15) gorączka Q;
- 16) gruźlica i inne mikobakteriozy;
- 17) grypa (w tym grypa ptaków u ludzi) – wyłącznie w przypadku zachorowań potwierdzonych dodatnim wynikiem badań laboratoryjnych mających na celu izolację wirusa grypy lub wykrycie kwasu nukleinowego wirusa grypy;
- 18) inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- 19) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 20) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pyogenes*;
- 21) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae*;
- 22) jersinioza;
- 23) kamylobakterioza;
- 24) kiła;
- 25) kryptosporydioza;
- 26) krztusiec;
- 27) legioneloza;
- 28) leptospirozy;
- 29) listerioza;

- 30) nagminne zapalenie przyusznic (świnka);
- 31) nosacizna;
- 32) odra;
- 33) ornitozy;
- 34) ospa prawdziwa;
- 35) ospa wietrzna;
- 36) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis);
- 37) ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo – u dzieci do 15 roku życia;
- 38) płonica;
- 39) pryszczycza;
- 40) różyczka i zespół różyczki wrodzonej;
- 41) rzeżączka;
- 42) salmonelozы inne niż wywołane przez pałeczki *Salmonella Typhi* i *Salmonella Paratyphi A, B, C*;
- 43) tężec;
- 44) toksoplazmoza wrodzona;
- 45) tularemia;
- 46) węglik;
- 47) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączka;
- 48) wirusowe zapalenia wątroby (A, B, C, inne) oraz zakażenia wywołane przez wirusy zapalenia wątroby;
- 49) włośnica;
- 50) wścieklizna;
- 51) zakażenia żołądkowo-jelitowe oraz zatrucia pokarmowe o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 52) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 53) zakażenie wirusem zachodniego Nilu;
- 54) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 55) zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm);
- 56) zespół hemolityczno-mocznicowy i inne postaci zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *Escherichia coli* (STEC/VTEC);
- 57) zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS);
- 58) zimnica (malaria).

WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA
LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ

| | | |
|---|--|---|
| 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 <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | 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 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | 2. Określenie słowne _____ | 3. Data (dd/mm/rrrr) <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> |
| 4. Podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczyć) | | |
| <input type="checkbox"/> badania mikrobiologiczno-serologiczne <input type="checkbox"/> objawy kliniczne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) <input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne <input type="checkbox"/> przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska) | | |
| *Niepotrzebne skreślić. | | |
| II. DANE CHOREGO | | |
| 1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | | |
| 2. Imię <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> | 4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Adres miejsca zamieszkania: | | |
| 7. Kod pocztowy <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> | 8. Miejscowość <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | |
| 9. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | | |
| 10. Ulica <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | 11. Nr domu <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> | 12. Nr lokalu <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> |
| **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. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE**1. Data zarejestrowania (dd/mm/rrrr)** / / **2. Nr rejestru (numer/kwartał/rok)** / / **3. Liczba osób współzamieszkujących:****4. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby:****a) płucna**

nowe zachorowanie

 BK(+) BK(-)

wznowa

 BK(+) BK(-)**b) pozapłucna**

nowe zachorowanie

 BK(+) BK(-)

wznowa

 BK(+) BK(-)**5. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)****6. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe** nieleczony leczony prawidłowo leczony nieprawidłowo brak danych**7. Szczepienia BCG** wykonano blizna brak blizny

data ostatniego szczepienia (rok)

 nie wykonano**8. OT** wykonano nie wykonano

rozmiar nacieku (w mm)

9. Styczność z gruźlicą czynną BK+ aktualna zakończona

kiedy (rok)

 nie stwierdzono styczności brak danych**10. Badania bakteriologiczne płwociny****a) bakterioskopia/rozmaz** dodatnia BK(+) ujemna BK(-) wykonano, brak wyników nie wykonano**b) posiew/hodowla** dodatni BK(+) ujemny BK(-) wykonano, brak wyników nie wykonano

| |
|---|
| <p>11. Badania histopatologiczne</p> <p><input type="checkbox"/> wykonano <input type="checkbox"/> potwierdzono gruźlicę <input type="checkbox"/> nie potwierdzono</p> <p><input type="checkbox"/> nie wykonano</p> <p>12. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>13. Metody wykrycia chorego na gruźlicę</p> <p><input type="checkbox"/> z objawów chorobowych</p> <p><input type="checkbox"/> ze styczności z chorym</p> <p><input type="checkbox"/> w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym)</p> <p><input type="checkbox"/> w innych badaniach profilaktycznych (wstępne, okresowe)</p> <p><input type="checkbox"/> przy hospitalizacji</p> <p><input type="checkbox"/> w badaniu sekcyjnym</p> <p><input type="checkbox"/> w innych badaniach</p> <p>14. Kontakt ze zwierzętami gospodarskimi</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> |
| <p>IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA</p> <p>1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis</p> |

**WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZACHOROWANIA
NA CHOROBE PRZENOSZONĄ DROGĄ PŁCIOWĄ**

| | | |
|---|---|---|
| Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą: | ZLK-3 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania* na chorobę przenoszoną drogą płciową¹⁾ | Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny W |
| Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | Uwagi: ¹⁾ Dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na kiłę, rzeżączkę i chlamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, 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 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | 2. Określenie słowne _____ | 3. Data (dd/mm/rrrr) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> |
| *Niepotrzebne skreślić. | | |
| II. DANE CHOREGO | | |
| 1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | | |
| 2. Imię <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | 4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | 6. Płeć (M, K) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | |
| Adres miejsca zamieszkania: | | |
| 7. Kod pocztowy <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | 8. Miejscowość <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | |
| 9. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | | |
| 10. Ulica <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | 11. Nr domu <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | 12. Nr lokalu <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> |
| ** 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. DANE UZUPEŁNIAJĄCE**1. Już leczony na obecną chorobę** Tak Nie

Jeżeli tak, podać gdzie:

2. Przebyte choroby weneryczne:**Kod ICD-10** - - - **3. Droga nabycia zakażenia:** kontakt homoseksualny kontakt heteroseksualny kontakt seksualny, brak dokładnych danych wstrzyknięcie narkotyku wertykalna transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych jatrogenna inna (jaka?)**4. Chorego objęto leczeniem/skierowano do***

* Niepotrzebne skreślić.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis

5. Zgon osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS* – przyczyna podejrzenia lub rozpoznania zgonu

Kod ICD-10

 -

Określenie słowne

Data (dd/mm/rrrr)

 / /

* 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)

7. Wiek***

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy

 -

9. Miejscowość

10. Ulica

11. Nr domu

12. Nr lokalu

* Jeżeli pacjent zastrzeże dane osobowe, należy wpisać: zamiast nazwiska i imienia – w poz. 1 i 2 inicjały imienia i nazwiska lub hasło, zamiast daty urodzenia – w poz. 7 wiek, zamiast adresu – w poz. 9 nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Pacjent nie może zastrzec danych o płci.

** 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.

*** Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia.

III. DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Badanie w kierunku HIV:

data ostatniego ujemnego badania: data pierwszego dodatniego badania:

AIDS: data rozpoznania pierwszego epizodu:

Liczba komórek CD4 w odstępie 3 miesięcy od rozpoznania HIV/AIDS:

Leczenie ARV przed rozpoznaniem AIDS/zgonem:

 TAK NIE Nie wiadomo

Przynależność do grup szczególnie narażonych:

 IDU MSM,WSW CSW Pracownicy ochrony zdrowia/personel medyczny

Drogi nabycia zakażenia:

 kontakt homoseksualny kontakt heteroseksualny kontakt seksualny, brak dokładnych danych wstrzyknięcie narkotyku wertykalna transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych jatrogenna inna (jaka?)

Inne choroby przenoszone drogą płciową:

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis

**WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZGONU
Z POWODU ZAKAŻENIA LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

| | | |
|---|---|--|
| Pieczętka podmiotu wykonującego działalność leczniczą: | ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu* z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej¹⁾ | Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny W |
| Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | Uwagi: ¹⁾ Nie dotyczy podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS. 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. PRZYCZYNA ZGONU*/PODEJRZENIE** 1. Kod ICD-10 <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 2. Przyczyna wyjściowa zgonu 3. Przyczyna wtórna zgonu 4. Przyczyna bezpośrednia zgonu Data zgonu (dd/mm/rrrr) <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> * Należy zgłosić każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroby zakaźne. ** Niepotrzebne skreślić. | | |
| II. DANE ZMARŁEGO 1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 2. Imię <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 4. Nr PESEL* <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu* <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K | | |
| Adres miejsca zamieszkania: 7. Kod pocztowy <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 8. Miejscowość <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 9. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 10. Ulica <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 11. Nr domu <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 12. Nr lokalu <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> | | |
| * 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. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczęćka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis