Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej[1]	ZLK-1 **Zgłoszenie** podejrzenia lub rozpoznania[*] **zakażenia lub choroby zakaźnej**[2]	Adresat: **Państwowy Powiatowy/Graniczny**[*] Inspektor Sanitarny w .....
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego[3] 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 pieczątki albo nadruku. [2] Nie dotyczy zachorowań na gruźlicę i AIDS, zakażeń HIV oraz podejrzeń lub rozpoznań zachorowań na kiłę, rzeżączkę, chlamydiozy 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 p**obytu 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 dokumentu[4]

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/ów za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej)……
……

☐ Nie

6. Przypadek importowany

☐ Tak ☐ Nie

I**V. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA** (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczątką)

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

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....