

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	<b>ZLK-1</b> <b>Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania*</b> <b>zakażenia lub choroby zakaźnej<sup>1)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Powiatowy/Graniczny*</b> <b>Inspektor Sanitarny</b> w .....
--	--	--

<b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu<sup>2)</sup></b> <b>Część I. Numer księgi rejestrowej</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <b>Część II. TERYT siedziby</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <b>Część III. Podmiot tworzący<sup>3)</sup></b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <b>Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<b>Uwagi:</b> 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      2. Określenie słowne      3. Data (dd/mm/rrrr)

-       \_\_\_\_\_       /  /

4. Podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczyć)

badania mikrobiologiczno-serologiczne     objawy kliniczne     inne (wpisać jakie) .....

inne badania laboratoryjne     przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)

\*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)

    

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