Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:

Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na chorobę zakaźną[1]

Adresat:

Państwowy Powiatowy / Graniczny* Inspektor Sanitarny

w .....

Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek.[2]

Część I. REGON

Część II. TERYT

Część III. Podmiot, który utworzył zakład

Część VIII. Specjalność komórki organiz.

Uwaga: (1) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rzesistkowicę - zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 24 godzin zgodnie z art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391). **(2)** Zakłady opieki zdrowotnej wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002 r. Nr 223, poz. 1880) oraz zapisami w decyzji o zarejestrowaniu zakładu. Praktyki lekarskie wypełniają tylko część I i II kodu. (*) Niepotrzebne skreślić.

I. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE

1. Kod ICD-10 **2.Określenie słowne** 3. Data (dd/mm/rr)

4. Podstawa rozpoznania / podejrzenia (zaznaczyć)

- ☐ **badania mikrobiologiczno-serologiczne**
- ☐ **objawy kliniczne**
- ☐ **inne** (wpisać jakie) .....
- ☐ **inne badania laboratoryjne**
- ☐ **przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)**

II. DANE CHOREGO

1. Nazwisko

2. Imię **3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)** **4. Nr PESEL**

5. Inny krajowy nr identyfikacyjny * **6. Płeć (M, K)** **7. Obywatelstwo**

Adres zamieszkania (czasowego pobytu)

8. Kod **9. Miejscowość**

10. Gmina

11. Ulica **12. Nr domu** **13. Nr lokalu**

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania / czasowego pobytu)

14. Kod **15. Miejscowość**

16.Gmina

17.Ulica **18. Nr domu** **19. Nr lokalu**

* Wypełnić w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL (w tym obcokrajowców), wpisując np. odpowiedni numer dokumentu tożsamości.

III. INNE INFORMACJE

1. Data zachorowania / wystąpienia pierwszych objawów (dd/mm/rr)

2. Zatrucie pokarmowe środkiem chem. Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli tak, podać nazwę chemiczną środka (czynnik toksyczny) **i nazwę handlową preparatu**

3. Nazwa i adres zakładu 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 szpitala i adres

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA

1. Pieczątka imienna

2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczątce)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lokalu .....

Telefon (.....) .....

3. Podpis

DRUKARNIA WYDAWNICTWO KMB DRUK 64-608 Parkowo 52 tel./fax 067 26 10 674