Pieczątka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	ZLK-1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania* zakażenia lub choroby zakaźnej[1)]	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny w .....

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu[2)]

Część I. Numer księgi rejestrowej

Część II. TERYT siedziby

Część III. Podmiot tworzący[3)]

Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

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 – 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. Pieczątka imienna ..... 2. Telefon kontaktowy: ..... 3.Podpis .....