

Pieczęć 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: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 15px; border: 1px solid black;" 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 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