

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 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Część II. TERYT siedziby <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div>	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*		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> 1. Kod ICD-10 <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px; display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 40px;"></div> <div style="width: 20px; border-left: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="width: 35%;"> 2. Określenie słowne <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> </div> <div style="width: 30%;"> 3. Data (dd/mm/rrrr) <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 10px; border-left: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 10px; border-left: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> </div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> 4. Podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczyć) <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> badania mikrobiologiczno-serologiczne</div> <div><input type="checkbox"/> objawy kliniczne</div> <div><input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne</div> <div><input type="checkbox"/> przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)</div> </div> </div> <p style="font-size: small;">*Niepotrzebne skreślić.</p>		
II. DANE CHOREGO		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> 1. Nazwisko <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> </div> <div style="width: 35%;"> 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 10px; border-left: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 10px; border-left: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> 2. Imię <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> </div> <div style="width: 50%;"> 4. Nr PESEL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 40%;"> 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> </div> <div style="width: 55%;"> 6. Płeć (M, K) <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> </div> </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Adres miejsca zamieszkania:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 20%;"> 7. Kod pocztowy <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px; border-left: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="width: 75%;"> 8. Miejscowość <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 60%;"> 9. Gmina <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> </div> <div style="width: 35%;"> 11. Nr domu <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> 10. Ulica <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> </div> <div style="width: 35%;"> 12. Nr lokalu <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div> </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">**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.</p>		

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