

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania^(*) zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny^(*) Inspektor Sanitarny w
--	---	---

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej Część II. TERYT Część VII. Komórka organizacyjna	Uwagi: 1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. 2) Nie dotyczy zachorowań na gruźlicę i AIDS, zakażeń HIV oraz podejrzeń lub rozpoznań zachorowań na kiłkę, rzeżączkę, chłamydiozy przenoszone drogą płciową – zgłaszanych na innych formularzach. 3) 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. z 2019 r. poz. 173). 4) Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo nazwę, numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. ^(*) Niepotrzebne skreślić.
--	---

I. ROZPOZNIANIE/PODEJRZENIE^(*)

1. Kod ICD-10 Z 2 0 – 8	2. Określenie słowne Podejrzanie zakażenia koronawirusem SARS - CoV – 2
-----------------------------------	---

3. Data rozpoznania/podejrzenia^(*) (dd/mm/rrrr) / /	4. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów^(*) (dd/mm/rrrr) / /
--	--

5. Podstawa rozpoznania/podejrzenia^(*)

objawy kliniczne (wpisać jakie).....

badania serologiczne (wpisać jakie) IgM/IgG Ab test

badania mikrobiologiczne (wpisać jakie).....

badanie molekularne (wpisać jakie) wymaz z górnych dróg oddechowych – badanie metodą RT-PCR

inne badania laboratoryjne (wpisać jakie).....

przesłanki epidemiologiczne (np. kontakt z zakażoną osobą, zachorowania z ogniska).....

inna (wpisać jaka).....

Miejsce pobytu w okresie zachorowania (wystąpienia/stwierdzenia objawów):

6. Województwo	7. Powiat	8. Gmina
-----------------------	------------------	-----------------

9. Miejscowość	10. Kod pocztowy
-----------------------	-------------------------

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

14. Osoba bezdomna
Tak (w pkt 6–9 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

II. DANE PACJENTA

1. Nazwisko	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	4. Nr PESEL
--------------------	---------------------------------------	--------------------

/ /

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾	6. Płeć (M, K)	7. Obywatelstwo
--	-----------------------	------------------------

8. Osoba bezdomna

Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

Adres miejsca zamieszkania (wypełnić, jeżeli inny niż miejsce pobytu w okresie zachorowania)

9. Województwo**10. Powiat****11. Gmina****12. Miejscowość****13. Kod pocztowy****14. Ulica****15. Nr domu****16. Nr lokalu****17. Dane kontaktowe** (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę):

Telefon kontaktowy:.....

E-mail:.....

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE**1. Szczepienia** (dotyczy choroby będącej przedmiotem zgłoszenia, której można zapobiegać drogą szczepień):

Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia).....

Nie

2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):**3. Dalsze leczenie:****1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym:**

Tak

Nie

2) skierowany do szpitala:

Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane)

Nie

4. Zakażenie szpitalne

Tak

Nie

5. Pobyt za granicą w okresie narażenia

Tak (podać miejsce pobytu/ów za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej).....

Nie

6. Przypadek importowany

Tak

Nie

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

1. Imię i nazwisko.....

2. Numer prawa wykonywania zawodu:

3. Podpis

4. Telefon kontaktowy:

5. E-mail: