

Pieczętka 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 _____	Uwaga: (1) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzęzątkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-pciowych i inne chlamydiozy oraz rzeżystkowice - 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 przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797 i Nr 238, poz. 2402) oraz z decyzją o rejestracji zakładu. Praktyki lekarskie wypełniają tylko część I i II kodu. (*) Niepotrzebne skreślić.	
Część II. TERYT _____		
Część III. Podmiot, który utworzył zakład _____		
Część VIII. Specjalność komórki organiz. _____		

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. Pieczętka imienna _____ 2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce) _____ 3. Podpis _____

Miejscowość _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____

Telefon (_____) _____