

Pieczęć 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 _____ Część II. TERYT _____ Część III. podmiot, który utworzył zakład _____ Część VIII. specjalność komórki organiz. _____	Uwaga: (1) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chłamydiozy oraz rzeżączkę - 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). (2) Zakłady opieki zdrowotnej wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 379 oraz 2002 nr 223, poz. 1880) oraz zapisami w decyzji o zarejestrowaniu zakładu. Praktyki lekarskie wypełniają tylko część I i II kodu. (*) Niepotrzebne skreślić.	

I. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE		
1. Kod ICD-10	2. Określenie słowne	3. Data (dd/mm/rr) _____
.....		
4. Podstawa rozpoznania / podejrzenia (zaznaczyć)		
<input type="checkbox"/> badania mikrobiologiczno-serologiczne	<input type="checkbox"/> objawy kliniczne	<input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)
<input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne	<input type="checkbox"/> 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 nie posiadających 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. Jeżeli tak, podać nazwę chemiczną środka (czynnik toksyczny) i nazwę handlową preparatu	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
3. Nazwa i adres zakładu pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła)
4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
5. Skierowano do szpitala Jeżeli tak, podać nazwę szpitala i adres	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA		
1. Pieczęćka imienna	2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczęćce) Miejscowość _____ Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Telefon (____) _____	3. Podpis