

WZÓR

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny*
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. ⁽²⁾		W: _____
Część I. REGON _____	<small>Uwaga: (1) Dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na kłó, rzęzątkę, nierzęzątkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rżępsiwicę. Nie dotyczy innych chorób, w tym AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenie należy przesyłać do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki własowej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, zgodnie z art. 20 ust. 5 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 rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002 r. Nr 223, poz. 1880) oraz zapisami w decyzji o zarejestrowaniu zakładu. Praktyki lekarskie wypełniają tylko część I i III kodu. (*) Niepotrzebne skreślić.</small>	
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) _____

II. DANE CHOREGO

1. Nazwisko _____

2. Imię _____ 3. Data urodzenia (dd/mm/rr) _____ 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. DANE SZCZEGÓŁOWE

1. Leczony już na obecną chorobę Tak Nie
Jeżeli tak, podać gdzie _____

2. Przebyte choroby weneryczne _____ Kod ICD-10 _____

3. Objęto chorego leczeniem / skierowano do (niepotrzebne skreślić) _____

4. Wyczerpujące informacje o zgłoszonych kontaktach: w poszczególnych pozycjach podać: nazwisko, imię, wiek, stan cywilny, adres zamieszkania, nr telefonu, charakter związku.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

IV. DANE ZGLASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA

1. Pieczęćka imienna _____ 2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczęćce) _____ 3. Podpis _____

Miejscowość _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____

Telefon (____) _____