

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	<b>Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na chorobę zakaźną <sup>(1)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Powiatowy / Graniczny* Inspektor Sanitarny</b> w .....
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. <sup>(2)</sup>		
<b>Część I. REGON</b> _____	<b>Uwaga: (1)</b> Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rzęsistkowicę - 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). <b>(2)</b> 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 II kodu. <b>(*)</b> Niepotrzebne skreślić.	
<b>Część II. TERYT</b> _____		
<b>Część III.</b> podmiot, który utworzył zakład _____		
<b>Część VIII.</b> specjalność komórki organiz. _____		

<b>I. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE</b>		
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)	

<b>II. DANE CHOREGO</b>			
1. Nazwisko _____			
2. Imię _____		3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) _____	4. Nr PESEL _____
5. Inny krajowy nr identyfikacyjny* _____		6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/>	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.			

<b>III. INNE INFORMACJE</b>	
1. Data zachorowania / wystąpienia nieszczęśliwych objawów (dd/mm/rr) _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
2. Zatrucie pokarmowe środkiem chem. _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
5. Skierowano do szpitala _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, podać nazwę szpitala i adres _____	

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

