

Pieczętka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na chorobę zakaźną ⁽¹⁾	Adresat:
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu		Państwowy Powiatowy / Graniczny * Inspektor Sanitarny
Część I. Nr księgi rej. _____		w _____
Część II. TERYT siedziby _____	Uwaga: (1) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rzęsiestkowicę - zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 24 godzin. (*) Niepotrzebne skreślić.	
Część III. podmiot tworzący _____		
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 *nieustalonych 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 _____

6. Pobyt za granicą w okresie narażenia Tak Nie

Jeżeli tak, podać kraj(e) pobytu i datę przyjazdu / powrotu do Polski _____

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 (____) _____