

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⁾	Uwaga: (1) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzęączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rzeżączkowice - 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 I. REGON		
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. Pieczęćka imienna 2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczęćce) 3. Podpis

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lokalu

Telefon ()