

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:

Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na chorobę zakaźną⁽¹⁾

Adresat:

Państwowy Powiatowy / Graniczny*
Inspektor Sanitarny

Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek.⁽²⁾

Część I. REGON

Część II. TERYT

Część III. Podmiot, który utworzył zakład

Część VIII. Specjalność komórki organiz.

W

Uwaga: (1) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innej chlamydiozy oraz rzeżączki - zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 24 godzin zgodnie z art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003r. Nr 45 poz. 391). (2) Zakłady opieki zdrowotnej wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002r. 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)

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 nr PESEL (w tym obcokrajowców) wpisując na przykład. Odpowiedni nr 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 Nie

3. Nazwa i adres zakładu pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła)

4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym

Tak Nie

5. Skierowano do szpitala Jeżeli tak podać nazwę szpitala i adres

Tak Nie

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 (.....)

Dnia

KARTA SEKCYJNA

Imię i nazwisko: Wiek: Płeć: Oddział

Miejsce zamieszkania

Przyjęty(a) do szpitala dnia o godz.

Zmarł(a) dnia o godz.

DANE KLINICZNE

1. Wywiad.

2. Badania dodatkowe.

3. Zastosowane leczenie.

4. Rozpoznanie:

- a) choroba zasadnicza,
- b) choroby współistniejące.

5. Bezpośrednia przyczyna zgonu.

6. Wskazówki i zapytania dla obducenta (lub uzasadnienie odstąpienia od badania sekcijnego).

- PROSZĘ WYPEŁNIĆ PISMEM MASZYNOWYM -

Zastrzega się badania pośmiertne

Ordynator:

Zwolniono z badania pośmiertnego

Dyrektor:

