

Załączniki do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia ... 2018 r.
(poz. ...)

Załącznik nr 1

ZAKAŻENIA I CHOROBY ZAKAŻNE, W PRZYPADKU KTÓRYCH PODEJRZENIA
LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA, CHOROBY ZAKAŻNEJ LUB ZGONU Z ICH
POWODU SĄ DOKONYWANE ZGŁOSZENIA

Część I. Zakażenia i choroby zakaźne, których zgłoszenia każdorazowo są dokonywane telefonicznie:

- 1) błonica;
- 2) bruceloza;
- 3) cholera lub zakażenie toksynotwórczym szczepem *Vibrio cholerae*;
- 4) choroba wirusowa Ebola (EVD) oraz wirusowe gorączki krwotoczne o wysokiej śmiertelności, w tym Marburg i Lassa;
- 5) dur brzuszny i zakażenia pałeczkami durowymi;
- 6) dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi;
- 7) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera) i inne riketsjozy;
- 8) dżuma;
- 9) gorączka Q;
- 10) grypa wywołana nowym lub niesubtypowym szczepem wirusa;
- 11) grypa ptaków u ludzi;
- 12) inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- 13) odra;
- 14) ospa prawdziwa;
- 15) ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*);
- 16) wąglik w postaci płucnej;
- 17) zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej.

Część II. Zakażenia i choroby zakaźne, których zgłoszenia są dokonywane w postaci papierowej lub elektronicznej:

- 1) bąblowica i wągrzyca;
- 2) biegunki o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej u dzieci do lat 2;
- 3) borelioza z Lyme;
- 4) chlamydiozy – przenoszone drogą płciową;
- 5) Chikungunya;
- 6) choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste;
- 7) czerwonka bakteryjna;
- 8) giardioza;
- 9) gruźlica i inne mikobakteriozy;
- 10) grypa - wyłącznie w przypadku zachorowań potwierdzonych dodatnim wynikiem badań laboratoryjnych mających na celu izolację wirusa grypy lub wykrycie kwasu nukleinowego wirusa grypy;
- 11) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 12) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pyogenes*;
- 13) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae*;
- 14) jersinioza;
- 15) kamylobakterioza;
- 16) kiła;
- 17) kryptosporidioza;
- 18) krztusiec;
- 19) legioneloza;
- 20) leptospirozy;
- 21) listerioza;
- 22) nagminne zapalenie przyusznic (świnka);
- 23) nosacizna;
- 24) ornitozy;
- 25) ospa wietrzna;
- 26) ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo – u dzieci do 15 roku życia;
- 27) płonica;
- 28) pryszczycza;
- 29) różyczka i zespół różyczki wrodzonej;
- 30) rzeżączka;

- 31) salmonelozы inne niż wywołane przez pałeczki *Salmonella* Typhi i *Salmonella* Paratyphi A, B, C;
- 32) tężec;
- 33) toksoplazmoza wrodzona;
- 34) tularemia;
- 35) węglik;
- 36) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączka;
- 37) wirusowe zapalenia wątroby (A, B, C, inne) oraz zakażenia wywołane przez wirusy zapalenia wątroby;
- 38) włośnica;
- 39) wścieklizna;
- 40) zakażenia żołądkowo-jelitowe oraz zatrucia pokarmowe o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 41) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 42) zakażenia wirusem zachodniego Nilu;
- 43) zapalenia opon mózgowo rdzeniowych lub mózgu o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 44) zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm);
- 45) zespół hemolityczno-mocznicowy i inne postaci zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *Escherichia coli* (STEC/VTEC);
- 46) zimnica (malaria).

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów* (dd/mm/rrrr)

/ /

2. Szczepienia***

Tak

Nie

Jeśli tak, podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia

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

4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym

Tak

Nie

5. Skierowano do szpitala

Tak

Nie

Jeśli tak, podać nazwę i adres szpitala

6. Zakażenie szpitalne

Tak

Nie

7. Pobyt za granicą w okresie narażenia

Tak

Nie

Jeśli tak, podać kraj(e) pobytu i datę przyjazdu/powrotu* do Rzeczypospolitej Polskiej

*** Dotyczy chorób, którym można zapobiegać drogą szczepień.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA*

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy 3. Podpis

Załącznik nr 3

WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA GRUŻLICY

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	ZLK-2 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania* gruźlicy	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu¹⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input type="text"/> Część III. Podmiot tworzący ²⁾ <input type="text"/> Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej <input type="text"/>	Uwagi: 1) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594 oraz z 2017 r. poz. 999). Praktyki lekarskie wypełniają tylko części I i II resortowego kodu identyfikacyjnego podmiotu. 2) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. * Niepotrzebne skreślić.	
I. ROZPOZNIANIE/PODEJRZENIE*		
1. Kod ICD-10 <input type="text"/> - <input type="text"/>	2. Określenie słowne _____	3. Data (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
II. DANE CHOREGO		
1. Nazwisko <input type="text"/>		
2. Imię <input type="text"/>	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	4. Nr PESEL <input type="text"/>
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** <input type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/>	7. Obywatelstwo <input type="text"/>
Adres miejsca zamieszkania:		
8. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>	9. Miejscowość <input type="text"/>	
10. Gmina <input type="text"/>		
11. Ulica <input type="text"/>	12. Nr domu <input type="text"/>	13. Nr lokalu <input type="text"/>
12. Brak adresu miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> osoba bezdomna		

** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Data zarejestrowania (dd/mm/rrrr)

/ /

2. Nr rejestru (numer/kwartał/rok)

/ /

3. Liczba osób współzamieszkujących:

4. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby:

a) płucna

nowe zachorowanie

BK(+)

BK(-)

wznowa

BK(+)

BK(-)

b) pozapłucna

nowe zachorowanie

BK(+)

BK(-)

wznowa

BK(+)

BK(-)

5. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)

6. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe

nieleczoney

leczony prawidłowo

leczony nieprawidłowo

brak danych

7. Szczepienia BCG

wyk nano

blizna

brak blizny

data ostatniego szczepienia (rok)

nie wykonano

8. OT

wykonano

nie wykonano

rozmiar nacieku (w mm)

9. Styczność z gruźlicą czynną BK+

aktualna

zakończona kiedy (rok)

nie stwierdzono styczności

brak danych

10. Badania bakteriologiczne płwociny

a) bakterioskopia/rozmaz*

dodatnia BK(+)

ujemna BK(-)

wykonano, brak wyników

nie wykonano

b) posiew/hodowla*

dodatni BK(+)

ujemny BK(-)

wykonano, brak wyników

nie wykonano

11. Badania histopatologiczne

wykonano

potwierdzono gruźlicę

nie potwierdzono

nie wykonano

12. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie).....

13. Okoliczności wykrycia chorego na gruźlicę:

- z objawów chorobowych
- ze styczności z chorym
- w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym)
- w innych badaniach profilaktycznych (wstępne, okresowe)
- przy hospitalizacji
- w badaniu sekcyjnym
- w innych badaniach

14. Kontakt ze zwierzętami

- Tak
- Nie

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA*

1. Pieczęć imienna 2. Telefon kontaktowy 3. Podpis.....

WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA
ZACHOROWANIA NA CHOROBY PRZENOSZONĄ DROGĄ PŁCIOWĄ

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	ZLK-3 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania* na chorobę przenoszoną drogą płciową ¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu ²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input type="text"/> Część III. Podmiot tworzący ³⁾ <input type="text"/> Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej <input type="text"/>	Uwagi: 1) Dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na kiłę, rzeżączkę i chłamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. 2) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594 oraz z 2017 r. poz. 999). 3) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. * Niepotrzebne skreślić.	
I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE* 1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> _____ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
II. DANE CHOREGO 1. Nazwisko <input type="text"/> 2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Adres miejsca zamieszkania: 8. Kod pocztowy 9. Miejscowość <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 10. Gmina <input type="text"/> 11. Ulica 12. Nr domu 13. Nr lokalu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.		

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Już leczony na obecną chorobę

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać gdzie:

2. Przebyte choroby weneryczne:

Kod ICD-10

-

-

-

3. Droga nabycia zakażenia:

kontakt homoseksualny

kontakt heteroseksualny

kontakt seksualny, brak dokładnych danych

wstrzyknięcie narkotyku

wertykalna

transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych

jatrogenna

inna (jaka?).....

4. Chorego objęto leczeniem/skierowano do*

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA*

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy..... 3. Podpis.....

Załącznik nr 5

**WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA
ZAKAŻENIA LUDZKIM WIRUSEM NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV) ALBO
ZACHOROWANIA NA ZESPÓŁ NABYTEGO NIEDOBORU ODPORNOŚCI (AIDS)
LUB ZGONU OSOBY ZAKAŻONEJ HIV LUB CHOREJ NA AIDS**

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	ZLK-4 Formularz zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS*	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny W
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu¹⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej □ Część II. TERYT siedziby □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Część III. Podmiot tworzący ²⁾ □ □ □ □ Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Uwagi: 1) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594 oraz z 2017 r. poz. 999). Praktyki lekarskie wypełniają tylko części I i II resortowego kodu identyfikacyjnego podmiotu. 2) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. * Niepotrzebne skreślić.	

I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*

A. Nowo wykryte zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV)

Badanie potwierdzające:

1. Numer badania..... 2. Data badania potwierdzającego (dd/mm/rrrr): __/__/_____

3. Metoda:

- western-blot badanie wirusologiczne inna (wpisać jaka)
.....
 badanie molekularne

4. Laboratorium:

5. Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV:

- ostry zespół retowirusowy zakażenie bezobjawowe AIDS
 objawy choroby HIV, nie-AIDS

6. Liczba komórek CD4 (pierwsze oznaczenie): 7. Data badania CD4 (dd/mm/rrrr): __/__/_____

B. Zachorowanie na zespół nabytego niedoboru odporności AIDS

1. Data rozpoznania AIDS (dd/mm/rrrr): ___/___/____ 2. Liczba komórek CD4 przy rozpoznaniu AIDS:

3. Leczenie ARV przed rozpoznaniem AIDS:

Tak Nie Brak danych

4. Udokumentowany wynik testu potwierdzenia zakażenia HIV:

Tak Nie

5. Data badania potwierdzającego HIV (dd/mm/rrrr): ___/___/____

6. Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą definitywną:

1.....
2.....
3.....
4.....

7. Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą prawdopodobną:

1.....
2.....
3.....
4.....

C. Zgon osoby zakażonej HIV – przyczyna zgonu

1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data zgonu (dd/mm/rrrr): ___/___/____

-

II. DANE CHOREGO³⁾

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

/ /

4. Nr PESEL

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu**

6. Płeć (M, K)

7. Wiek***

8. Obywatelstwo

Adres miejsca zamieszkania:

9. Kod pocztowy

-

10. Miejscowość

11. Powiat

12. Ulica

13. Nr domu

14. Nr lokalu

³⁾ Jeżeli pacjent zastrzeże dane osobowe, należy wpisać: zamiast nazwiska i imienia – w poz. 1 i 2 inicjały imienia i nazwiska lub hasło, zamiast daty urodzenia – w poz. 3 tylko wiek – w poz. 7, zamiast adresu zamieszkania – w poz. 9 nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania.

** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

*** Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia.

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Przynależność do populacji kluczowych⁴⁾:

iniekcyjny użytkownik narkotyków MSM⁵⁾ SW⁶⁾

imigrant/uchodźca więzień

Pracownicy ochrony zdrowia/personel medyczny

2. Droga zakażenia:

kontakt homoseksualny kontakt heteroseksualny kontakt seksualny, brak dokładnych danych

wstrzyknięcie narkotyku wertykalna transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych

jatrogenna Inna (jaka?).....

3. Dodatkowe informacje o drodze zakażenia⁷⁾:

4. Kraj urodzenia:

5. Rok przyjazdu do Polski: _____

6. Wcześniejsze badanie w kierunku HIV:

Data ostatniego ujemnego badania ___/___/_____ Nie było wcześniejszych ujemnych badań

Data ostatniego dodatniego badania ___/___/_____ Nie było wcześniejszych dodatnich badań

⁴⁾ wskazać wszystkie właściwe

⁵⁾ MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami (niezależnie od orientacji seksualnej).

⁶⁾ SW – odpłatne usługi seksualne.

⁷⁾ Przykładowo informacje o statusie serologicznym partnera, informacje o kraju zakażenia.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA*

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy 3. Podpis

Załącznik nr 6

WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZGONU
Z POWODU ZAKAŻENIA LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ

Pieczętka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu* z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej ¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu ²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input type="text"/> Część III. Podmiot tworzący ³⁾ <input type="text"/> Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej <input type="text"/>	Uwagi: 1) Nie dotyczy podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS. 2) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594 oraz z 2017 r. poz. 999). 3) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. * Niepotrzebne skreślić.	
I. PRZYCZYNA ZGONU**/PODEJRZENIE PRZYCZYNY ZGONU* 1. Kod ICD-10 <input type="text"/> - <input type="text"/> 2. Przyczyna wyjściowa zgonu		
3. Przyczyna wtórna zgonu		
4. Przyczyna bezpośrednia zgonu		
Data zgonu (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
** Należy zgłosić każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroby zakaźne.		
II. DANE ZMARŁEGO 1. Nazwisko <input type="text"/>		
2. Imię <input type="text"/>		3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
4. Nr PESEL <input type="text"/>		5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu*** <input type="text"/>
6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/>		7. Obywatelstwo <input type="text"/>
Adres miejsca zamieszkania: 8. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>		
9. Miejscowość <input type="text"/>		
10. Gmina <input type="text"/>		
11. Ulica <input type="text"/>		12. Nr domu <input type="text"/>
		13. Nr lokalu <input type="text"/>
*** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.		
III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA*		
1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy 3. Podpis		

