

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

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	<b>ZLK-3</b> <b>Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania* na chorobę przenoszoną drogą płciową<sup>1)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny</b> W .....
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu <sup>2)</sup> <b>Część I. Numer księgi rejestrowej</b> <input type="text"/> <b>Część II. TERYT siedziby</b> <input type="text"/> <b>Część III. Podmiot tworzący<sup>3)</sup></b> <input type="text"/> <b>Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej</b> <input type="text"/>	<b>Uwagi:</b> <sup>1)</sup> Dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na kiłę, rzeżączkę i chlamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. <sup>2)</sup> 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). <sup>3)</sup> Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. * Niepotrzebne skreślić.	
<b>I. ROZPOZNIANIE/PODEJRZENIE*</b> 1. Kod ICD-10      2. Określenie słowne      3. Data (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> *Niepotrzebne skreślić.		
<b>II. DANE CHOREGO</b> 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"/> 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu**      6. Płeć (M, K) <input type="text"/> <input type="text"/> Adres miejsca zamieszkania: 7. Kod pocztowy      8. Miejscowość <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 9. Gmina <input type="text"/> 10. Ulica      11. Nr domu      12. Nr lokalu <input type="text"/>		
<b>III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE</b> 1. Już leczony na obecną chorobę <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak, podać gdzie: .....		
2. Przebyte choroby weneryczne: ..... Kod ICD-10 <input type="text"/> - <input type="text"/> .....		
<input type="text"/> - <input type="text"/> .....		
<input type="text"/> - <input type="text"/> .....		

			-		.....
--	--	--	---	--	-------

**3. Droga nabycia zakażenia:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> kontakt homoseksualny   | <input type="checkbox"/> kontakt heteroseksualny | <input type="checkbox"/> kontakt seksualny, brak dokładnych danych  |
| <input type="checkbox"/> wstrzyknięcie narkotyku | <input type="checkbox"/> wertykalna              | <input type="checkbox"/> transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych |
| <input type="checkbox"/> jatrogenna              | <input type="checkbox"/> inna (jaka?) .....      |   |

**4. Chorego objęto leczeniem/skierowano do \*** .....

\* Niepotrzebne skreślić.

**IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA**

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