

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	<b>Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na chorobę przenoszoną drogą płciową<sup>(1)</sup></b>	Adresat:
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. <sup>(2)</sup>		<b>Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny *</b> ..... ..... <b>w</b> .....
<b>Część I. REGON</b> _____	<b>Uwaga:</b> (1) Dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na kłęb, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydie oraz rzeżączkowicę. Nie dotyczy innych chorób, w tym AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenie należy przesyłać do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, zgodnie z art. 20 ust. 5 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 rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002 r. Nr 223, poz. 1880) oraz zapisami w decyzji o zarejestrowaniu zakładu. Praktyki lekarskie wypełniają tylko część I i II kodu. (*) Niepotrzebne skreślić.	
<b>Część II. TERYT</b> _____		
<b>Część III. podmiot, który utworzył zakład</b> _____		
<b>Część VIII. specjalność komórki organiz.</b> _____		

<b>I. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE</b>		
<b>1. Kod ICD-10</b>	<b>2. Określenie słowne</b>	<b>3. Data (dd/mm/rr)</b>
_____	_____	____/____/____

<b>II. DANE CHOREGO</b>			
<b>1. Nazwisko</b>			
_____			
<b>2. Imię</b>	<b>3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</b>	<b>4. Nr PESEL</b>	
_____	____/____/____	_____	
<b>5. Inny krajowy nr identyfikacyjny *</b>	<b>6. Płeć (M, K)</b>	<b>7. Obywatelstwo</b>	
_____	_____	_____	
<b>Adres zamieszkania (czasowego pobytu)</b>			
<b>8. Kod</b>	<b>9. Miejscowość</b>		
____-____	_____		
<b>10. Gmina</b>			
_____			
<b>11. Ulica</b>	<b>12. Nr domu</b>	<b>13. Nr lokalu</b>	
_____	_____	_____	
<b>Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania / czasowego pobytu)</b>			
<b>14. Kod</b>	<b>15. Miejscowość</b>		
____-____	_____		
<b>16. Gmina</b>			
_____			
<b>17. Ulica</b>	<b>18. Nr domu</b>	<b>19. Nr lokalu</b>	
_____	_____	_____	
* Wypełnić w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL (w tym obcokrajowców) wpisując np. odpowiedni numer dokumentu tożsamości.			

<b>III. DANE SZCZEGÓŁOWE</b>	
<b>1. Leczony już na obecną chorobę</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, podać gdzie _____	
<b>2. Przebyte choroby weneryczne</b>	Kod ICD-10 _____
<b>3. Objęto chorego leczeniem / skierowano do</b> (niepotrzebne skreślić) _____	
<b>4. Wyczerpujące informacje o zgłoszonych kontaktach:</b> W poszczególnych pozycjach podać: nazwisko, imię, wiek, stan cywilny, adres zamieszkania, nr telefonu, charakter związku.	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____

<b>IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA</b>		
<b>1. Pieczętka imienna</b>	<b>2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce)</b>	<b>3. Podpis</b>
	Miejscowość _____	
	Ulica _____	
	Nr domu _____      Nr lokalu _____	
	Telefon (____) _____	