



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 18 grudnia 2019 r.

Poz. 2430

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 10 grudnia 2019 r.

w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu

Na podstawie art. 27 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia, o którym mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zwanego dalej „zgłoszeniem”;
- 2) sposób dokonywania zgłoszeń oraz właściwych państwowych inspektorów sanitarnych, którym są przekazywane zgłoszenia;
- 3) wzory formularzy zgłoszeń.

§ 2. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Wzór formularza zgłoszenia:

- 1) podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej – określa załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 2) rozpoznania gruźlicy – określa załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 3) podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową – określa załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 4) rozpoznania zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) albo zachorowania na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub zgonu osoby zakażonej HIV lub chorej na AIDS – określa załącznik nr 5 do rozporządzenia; 5) podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej – określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 4. Zgłoszenie jest dokonywane w postaci:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

- 1) elektronicznej – w formie dokumentu elektronicznego:
 - a) sporządzonego i przesłanego z wykorzystaniem formularza elektronicznego wystawionego w Systemie Monitorowania Zagrożeń, o którym mowa w art. 26 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408, 730, 1590 i 1905), albo
 - b) sporządzonego w systemie teleinformatycznym, w którym podmiot wykonujący działalność leczniczą prowadzi dokumentację medyczną pacjenta, a następnie przesłanego bezpośrednio do prowadzonego w systemie teleinformatycznym rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego, o którym mowa w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – jeżeli pozwalają na to możliwości techniczne nadawcy i odbiorcy, albo
 - c) przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci zaszyfrowanej – jeżeli pozwalają na to możliwości techniczne nadawcy i odbiorcy, albo
- 2) papierowej – przesyłką poleconą lub bezpośrednio za pokwitowaniem, w kopercie opatrzonej wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i oznaczeniem „ZLK”.

§ 5. Zgłoszenie:

- 1) w postaci elektronicznej, o którym mowa w § 4 pkt 1 lit. a oraz b, jest przekazywane państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania osoby, u której powzięto podejrzenie lub rozpoznano zakażenie, zachorowanie na chorobę zakaźną lub zgon z ich powodu, a w przypadku osoby bezdomnej lub osoby o niemożliwym do ustalenia miejscu zamieszkania państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu;
- 2) w postaci elektronicznej, o którym mowa w § 4 pkt 1 lit. c, oraz w postaci papierowej, o którym mowa w § 4 pkt 2, jest przekazywane państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu.

§ 6. 1. W przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej wskazanej w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia zgłoszenie jest dokonywane telefonicznie państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, zachorowania na chorobę zakaźną lub zgonu z ich powodu, na numer telefonu alarmowego opublikowany na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

2. W sposób określony w ust. 1 zgłasza się również wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych wskazanych w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia, jeżeli w ocenie lekarza lub felczera okoliczności wymagają podjęcia przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej natychmiastowych działań mających na celu ochronę zdrowia publicznego.

3. Zgłoszenie telefoniczne, o którym mowa w ust. 1 i 2:

- 1) obejmuje dane, o których mowa w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w zakresie koniecznym do podjęcia działań zapobiegawczych lub przeciwepidemicznych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- 2) jest potwierdzane, nie później niż w ciągu 24 godzin od jego dokonania, zgłoszeniem w postaci elektronicznej albo papierowej, o których mowa w § 4.

§ 7. Zgłoszenie dotyczące podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, które stwierdzono na obszarze przejścia granicznego, jest przekazywane odpowiednio państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu albo państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla tego przejścia.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.²⁾

Dziennik Ustaw

– 3 –

Minister Zdrowia: wz. J. Szczurek-Żelazko
Poz. 2430

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 10 grudnia 2019 r. (poz. 2430)

Załącznik nr 1

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

Część I. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia każdorazowo telefonicznie oraz potwierdza w postaci papierowej lub elektronicznej: 1) błonica;

- 2) brucelozą;
- 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) dżuma;
- 6) gorączka Q;
- 7) grypa wywołana nowym lub niesubtypowalnym szczepem wirusa;
- 8) grypa ptaków u ludzi lub grypa wywołana innymi szczepami pochodzenia zwierzęcego u ludzi;
- 9) inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- 10) odra;
- 11) ospa prawdziwa;
- 12) ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*);
- 13) wąglik w postaci płucnej;
- 14) zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej.

Część II. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia 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;

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. poz. 848), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2019 r. na podstawie art. 48 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991, z 2016 r. poz. 65, 580, 652, 832, 1579 i 2020, z 2017 r. poz. 599 i 1524, z 2018 r. poz. 697 oraz z 2019 r. poz. 1590).

- 6) choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste;
- 7) czerwonka bakteryjna;
- 8) dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi;
- 9) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera) i inne riketsjozy;
- 10) giardioza;
- 11) gruźlica;
- 12) grypa (sezonowa) – wyłącznie w przypadku zachorowań potwierdzonych dodatnim wynikiem badań laboratoryjnych mających na celu izolację wirusa grypy lub wykrycie kwasu nukleinowego wirusa grypy;
- 13) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 14) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pyogenes*;
- 15) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae*;
- 16) jersinioza;
- 17) kamylobakterioza;
- 18) kiła;
- 19) kryptosporidioza;
- 20) krztusiec;
- 21) legioneloza;
- 22) leptospirozy;
- 23) listerioza;
- 24) mikobakteriozy;
- 25) nagminne zapalenie przyusznic (świnka);
- 26) nosacizna;
- 27) ornitozy;
- 28) ospa wietrzna;
- 29) ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo – u dzieci do 15 roku życia;
- 30) płonica;
- 31) pryszczycyca;
- 32) różyczka i zespół różyczki wrodzonej;
- 33) rzeżączka;
- 34) salmonelozy inne niż wywołane przez pałeczki *Salmonella* Typhi i *Salmonella* Paratyphi A, B, C;
- 35) tężec;
- 36) toksoplazmoza wrodzona;
- 37) tularemia;
- 38) wąglik;
- 39) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączka;

-
- 40) wirusowe zapalenia wątroby (A, B, C, inne) oraz zakażenia wywołane przez wirusy zapalenia wątroby;
 - 41) włośnica;
 - 42) wścieklizna;
 - 43) zakażenia żołądkowo-jelitowe oraz zatrucia pokarmowe o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
 - 44) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - 45) zakażenia wirusem zachodniego Nilu;
 - 46) zapalenia opon mózgowo rdzeniowych lub mózgu o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
 - 47) zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm);

- 48) zespół hemolityczno-mocznicowy i inne postaci zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *Escherichia coli* (STEC/VTEC); 49) zimnica (malaria);
- 50) zakażenia objawowe wywołane przez *Clostridium difficile*;
- 51) zakażenia objawowe wywołane przez *Enterobacterales* produkujące karbapenemazy (CPE).

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE**1. Szczepienia** (dotyczy choroby będącej przedmiotem zgłoszenia, której można zapobiegać drogą szczepień):

- Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia).....
- Nie

2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):**3. Dalsze leczenie:****1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym:**

- Tak Nie

2) skierowany do szpitala:

- Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane)
- Nie

4. Zakażenie szpitalne

- Tak Nie

5. Pobyt za granicą w okresie narażenia

- Tak (podać miejsce pobytu(-tów) za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej).....
- Nie

6. Przypadek importowany

Nie

- Tak

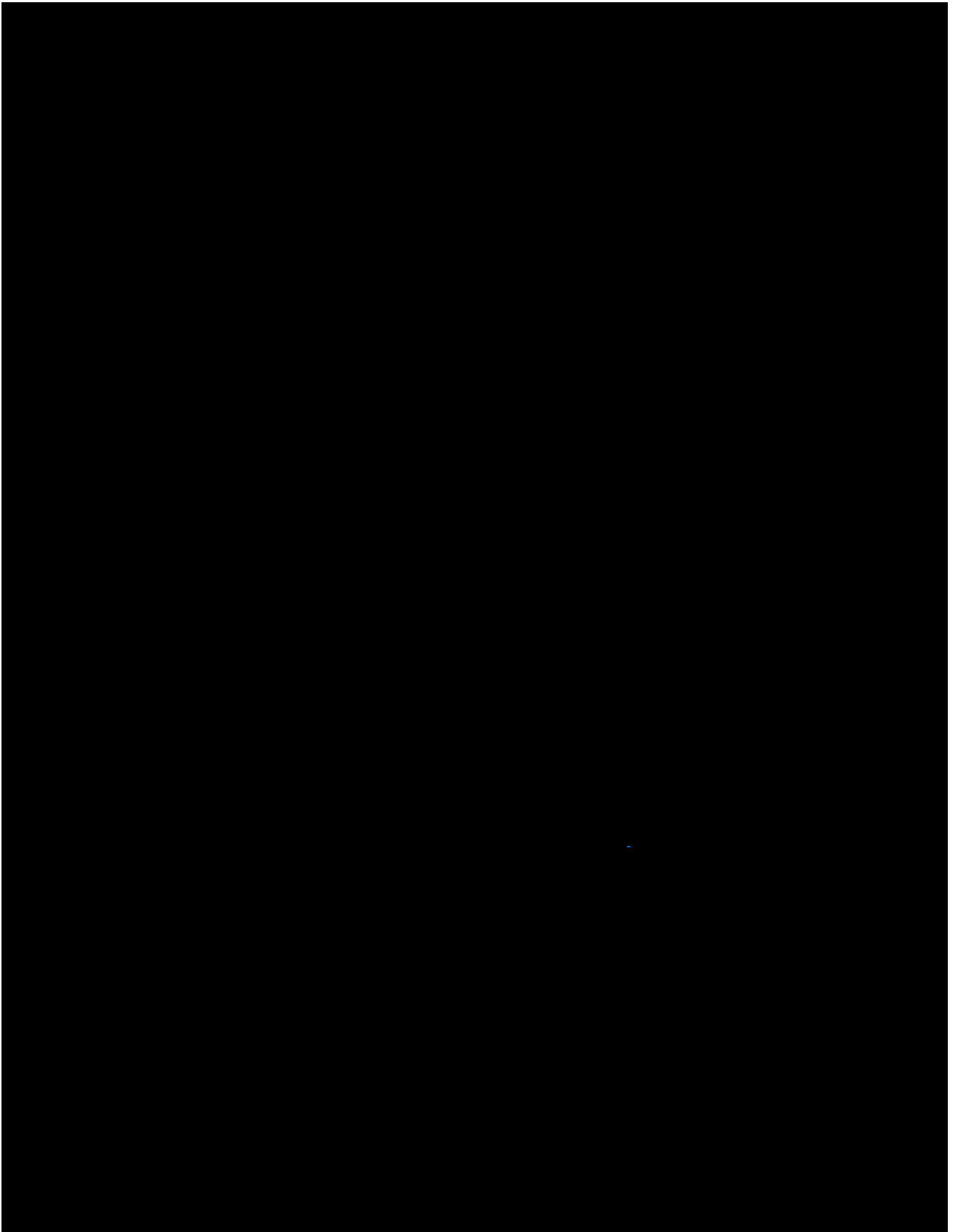
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

1. Imię i nazwisko..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis
.....

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail:

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNANIA GRUŻLICY



WZÓR

2. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
3. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe			
<input type="checkbox"/> nieleczony	<input type="checkbox"/> leczony prawidłowo	<input type="checkbox"/> leczony nieprawidłowo	<input type="checkbox"/> brak danych
BCG			4. Szczepienia
<input type="checkbox"/> nie wykonano	<input type="checkbox"/> wykonano		
5. Odczyn tuberkulinowy (OT)			
<input type="checkbox"/> wykonano	<input type="checkbox"/> nie wykonano	<input type="checkbox"/> wynik testu IGRA (+)	<input type="checkbox"/> wynik testu IGRA (-)
współzamieszkujących:.....			6. Liczba osób
7. Styczność z gruźlicą czynną			
<input type="checkbox"/> aktualna	<input type="checkbox"/> zakończona, rok:.....	<input type="checkbox"/> nie stwierdzono styczności	<input type="checkbox"/> brak danych
8. Badania bakteriologiczne płwociny			
a) bakterioskopia/rozmaz^(*)			
<input type="checkbox"/> wynik (+)	<input type="checkbox"/> wynik (-)	<input type="checkbox"/> wykonano, brak wyników	<input type="checkbox"/> nie wykonano
posiew/hodowla^(*)			
<input type="checkbox"/> wynik (+)	<input type="checkbox"/> wynik (-)	<input type="checkbox"/> wykonano, brak wyników	<input type="checkbox"/> nie wykonano
9. Badanie histopatologiczne			
<input type="checkbox"/> wykonano	<input type="checkbox"/> potwierdzono gruźlicę	<input type="checkbox"/> nie potwierdzono gruźlicy	<input type="checkbox"/> nie wykonano
bakteriologiczne (podać jakie).....			10. Inne badania
11. Okoliczności wykrycia chorego na gruźlicę:			
<input type="checkbox"/> z objawów klinicznych	<input type="checkbox"/> ze styczności z chorym	<input type="checkbox"/> przy hospitalizacji	<input type="checkbox"/> w badaniu sekcyjnym
wyłączeniem styczności z chorym)			<input type="checkbox"/> w badaniu grup ryzyka (z
<input type="checkbox"/> w innych badaniach profilaktycznych (np. badania wstępne, okresowe)			
<input type="checkbox"/> w innych badaniach			
12. Kontakt ze zwierzętami			
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)			
1. Imię i nazwisko.....		2. Numer prawa wykonywania zawodu:	
.....		3. Podpis	
4. Telefon kontaktowy:		5. E-mail:	
.....		



4

WZÓR
FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZACHOROWANIA
NA CHOROBE PRZENOSZONĄ DROGĄ PŁCIOWĄ

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki

ZLK-3

Adresat:

lekarskiej¹⁾

Powiatowy w

Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania ^(*) na chorobę przenoszoną

Państwowy

Inspektor Sanitarny

zachorowania

drogą płciową²⁾

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu

leczniczego

Uwaga

na
w
w
ch

Załącznik nr

WZÓR

II. DANE PACJENTA

1. Nazwisko

2. Imię
PESEL

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

4. Nr

/ /

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾

6. Płeć (M, K)

7. Obywatelstwo

8. Osoba bezdomna

Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

Adres miejsca zamieszkania:

9. Województwo

10. Powiat

11. Gmina

12. Miejscowość

13. Kod pocztowy

14. Ulica
lokalu

15. Nr domu

16. Nr

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE**1. Przynależność do populacji kluczowych (zaznaczyć wszystkie właściwe):**

- MSM₅ PWID₅ SW⁵ imigranci/uchodźcy
 inna (wpisać jaka)..... nie dotyczy

2. Droga zakażenia:

- kontakt seksualny z osobą tej samej płci kontakt heteroseksualny kontakt seksualny, brak dokładnych danych brak danych
 transmisja wertykalna (z matki na dziecko) (wpisać jaka)..... inna

3. Dodatkowe informacje o drodze zakażenia (np. informacje epidemiologiczne o partnerze/partnerce takie jak: status serologiczny, przynależność do populacji kluczowej, informacje epidemiologiczne o matce zakażonego dziecka)

.....

4. Kraj urodzenia:**5. Przypadek importowany z kraju:****6. Czy pacjentka jest w ciąży (dotyczy rozpoznania kłty – *Treponema pallidum*)**

- Tak (wpisać tydzień ciąży):.....
 Nie

IV. OBJĘCIE LECZENIEM

- objęto leczeniem w zakładzie leczniczym zgłaszającego lekarza/felczera
 skierowano do leczenia (podać nazwę i adres podmiotu leczniczego, do którego skierowano do leczenia)

.....

V. DANE O PRZEBYTYCH CHOROBYCH**1. Czy chory był leczony na wcześniejszych etapach obecnej choroby? (dotyczy rozpoznania kłty – *Treponema pallidum*)**

- Tak Nie

Jeżeli tak, czy leczenie zostało zakończone zgodnie z zaleceniami lekarza?

- Tak Nie

2. Data rozpoczęcia wcześniejszego leczenia (dd/mm/rrrr)

/ /

3. Wcześniejsze lub jednoczesne rozpoznanie powiązanych chorób przenoszonych drogą płciową lub innych zakażeń (patrz tabela nr 2)**Kod ICD-10**

- Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok
 - Data rozpoznania ((dd/mm/rrrr) lub rok
 - Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok
 / /

3a. Jeżeli wpisano zakażony HIV, to czy leczony ARV

WZÓR

Tak

Nie

Brak danych

VI. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

1. Imię i nazwisko.....
.....

2. Numer prawa wykonywania zawodu:

3. Podpis

4. Telefon kontaktowy:

5. E-mail:

Tabela nr 1 – Najczęstsze metody diagnostyczne chorób przenoszonych drogą płciową	
1. Izolacja patogenu: 1.1. Badanie bakteriologiczne/posiew/hodowla	3. Badania molekularne:
2. Badania serologiczne	3.1. Metody amplifikacji kwasów nukleinowych (PCR, RT-PCR, SDA, TMA)
2.1 Test hemaglutynacji biernej (np. TPHA)	3.2. Metody nieamplifikacyjne (hybrydyzacja z sondą)
2.2 FTA-ABS IgM	
2.3 FTA-ABS IgG	4. Badania mikroskopowe
2.4 FTA-ABS IgG/IgM	4.1. Immunofluorescencja bezpośrednia z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych (DFA)
2.5 FTA	4.2. Badanie w ciemnym polu widzenia
2.6 EIA IgM	4.3. Preparat bezpośredni
2.7 EIA IgG/IgM	
2.8 CIA	
2.9 TPI	
2.10 VDRL – Venereal Disease Research Laboratory	
2.11 RPR – Rapid Plasma Reagin	
2.12 USR – Unheated Serum Reagin test	

Tabela nr 2 – Kody ICD-10	
A51 Kiła wczesna	A54.9 Zakażenie rzeżączkowe, nieokreślone
A51.0 Kiła pierwotna narządów płciowych	A55 Ziarnica weneryczna wywołana przez Chlamydia
A51.1 Kiła pierwotna odbytu	A56 Inne choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydia
A51.2 Kiła pierwotna o innym umiejscowieniu	A56.0 Zakażenie dolnego odcinka układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia
A51.3 Kiła wtórna skóry i błon śluzowych	A56.1 Zakażenie otrzewnej miednicy i innych narządów układu moczowo- -płciowego wywołane przez Chlamydia
A51.4 Inne postacie kiły wtórnej	A56.2 Zakażenie układu moczowo-płciowego wywołane przez Chlamydia, nieokreślone
A51.5 Kiła wczesna utajona	A56.3 Zakażenie odbytu i odbytnicy wywołane przez Chlamydia
A51.9 Kiła wczesna, nieokreślona	A56.4 Zakażenie gardła wywołane przez Chlamydia
A52 Kiła późna	A56.8 Zakażenie o innym umiejscowieniu, przenoszone drogą płciową, wywołane przez Chlamydia
A52.0 Kiła układu krążenia	A57 Wrzód weneryczny
A52.1 Kiła objawowa układu nerwowego	A58 Ziarniniak pachwinowy
A52.2 Kiła bezobjawowa układu nerwowego	A59 Rzęsistkowica
A52.3 Kiła układu nerwowego, nieokreślona	A60 Opryszczkowe (herpes simplex) zakażenie okolicy odbytovej i moczowo-płciowej
A52.7 Inne postacie kiły późnej objawowej	A63 Inne choroby przenoszone głównie drogą płciową, niesklasyfikowane gdzie indziej
A52.8 Kiła późna utajona	A63.0 Kłykciny kończyste
A52.9 Kiła późna, nieokreślona	A64 Choroby przenoszone drogą płciową, nieokreślone
A53 Inne postacie kiły i kiła nieokreślona	B16 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B
A53.0 Kiła utajona nieokreślona, wczesna i późna	B17.1 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C
A53.9 Kiła, nieokreślona	B18 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby
A54 Rzeżączka	B18.0 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B z wirusem delta
A54.0 Zakażenie rzeżączkowe dolnego odcinka układu moczowo- -płciowego bez ropnia gruczołów okołocewkowych lub dodatkowych	B18.1 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B bez wirusa delta
A54.1 Zakażenie rzeżączkowe dolnego odcinka układu moczowo- -płciowego z ropniem gruczołów okołocewkowych i dodatkowych	B18.2 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C
A54.2 Rzeżączkowe zapalenie otrzewnej miednicy oraz inne rzeżączkowe zakażenia układu moczowo-płciowego	B20 – B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]

I. ROZPOZNANIE**A. Rozpoznanie zakażenia HIV****1. Data rozpoznania** (dd/mm/rrrr)
 / /
2. Nr laboratoryjnego badania potwierdzającego:**3. Data uzyskania wyniku laboratoryjnego badania potwierdzającego** (dd/mm/rrrr)
 / /
4. Metoda badania:
 western-blot

 badanie wirusologiczne

 badania molekularne

 jaka).....
 inna (wpisać).....
5. Laboratorium potwierdzające:**6. Typ wirusa:**
 HIV-1

 HIV-2

 HIV-1 + HIV-2

 Nie
określono
7. Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV:
 ostry zespół retrowirusowy

 zakażenie bezobjawowe

 objawy choroby HIV, nie-AIDS

 AIDS
8. Liczba komórek CD4 (pierwsze oznaczenie po rozpoznaniu zakażenia):**9. Data pierwszego badania CD4** (dd/mm/rrrr)
 / /
B. Rozpoznanie AIDS**1. Data rozpoznania** (dd/mm/rrrr)
 / /
2. Liczba komórek CD4 (oznaczenie przy rozpoznaniu AIDS):.....**3. Leczenie ARV**
 Tak

 Nie

 Nie wiadomo
4. Choroby wskaźnikowe AIDS lub numer porządkowy (patrz tabela)

- 1).....
 2).....
 3).....
 4).....

C. Zgon osoby zakażonej HIV / chorej na AIDS – przyczyna zgonu**1. Data zgonu** (dd/mm/rrrr)
 / /

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	2.	Kod ICD-10	3. Określenie słowne:
						 (przyczyna wyjściowa)
						 (przyczyna wtórna)
						 (przyczyna bezpośrednia)

7. Wcześniejsze badanie laboratoryjne w kierunku HIV (uzupełnić przy zgłoszeniu nowo wykrytego zakażenia HIV):

Data ostatniego ujemnego badania (dd/mm/rrrr)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

Data pierwszego dodatniego badania (dd/mm/rrrr)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

8. Współzakażenia obecne przy rozpoznaniu HIV (uzupełnić przy zgłoszeniu nowo wykrytego zakażenia HIV):

<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> inne choroby przenoszone drogą płciową (wpisać jakie)
------------------------------	------------------------------	--

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

1. Imię i nazwisko..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis
.....
4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail:

Tabela – Choroby wskaźnikowe AIDS	
Nr porządkowy	Choroba wskaźnikowa AIDS
1	Zakażenia bakteryjne, liczne lub nawracające u dziecka w wieku poniżej 15 lat
2	Kandydoza oskrzeli, tchawicy lub płuc
3	Kandydoza przełyku
4	Rozsiana lub pozapłucna kokcydiodomykoza
5	Pozapłucna kryptokokoza
6	Kryptosporidioza jelitowa z biegunką trwającą dłużej niż 1 miesiąc
7	Choroba wywołana wirusem cytomegalii (poza dotyczącą wątroby, śledziony lub węzłów chłonnych) u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia
8	Zapalenie siatkówki (z upośledzeniem widzenia) wywołane przez wirus cytomegalii
9	Przewlekłe owrzodzenia utrzymujące się dłużej niż miesiąc bądź zapalenie oskrzeli, płuc, przełyku u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia wywołane przez wirus opryszczki zwykłej (HSV)
10	Rozsiana lub pozapłucna histoplazmoza
11	Izosporidioza jelitowa z biegunką trwającą dłużej niż miesiąc
12	Zmiany rozsiane lub pozapłucne wywołane przez Mycobacterium avium complex lub M. kansasii
13	Zmiany w obrębie płuc u osoby w wieku powyżej 15 lat wywołane przez Mycobacterium tuberculosis
14	Zmiany pozapłucne wywołane przez Mycobacterium tuberculosis
15	Zmiany rozsiane lub pozapłucne wywołane przez Mycobacterium, innych niż wymienione powyżej lub nieokreślonych gatunków
16	Zapalenie płuc wywołane przez Pneumocystis carinii
17	Nawracające zapalenie płuc u osoby w wieku powyżej 15 lat
18	Postępująca wielogniskowa leukoencefalopatia
19	Nawracająca posocznica wywołana przez bakterie z rodzaju Salmonella (poza wywołującymi dur brzuszny i dury rzekome)
20	Toksoplazmoza mózgu u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia
21	Inwazyjny rak szyjki macicy
22	Encefalopatia związana z zakażeniem HIV
23	Mięsak Kaposiego
24	Śródmiąższowe limfoidalne zapalenie płuc u dziecka w wieku do 15 roku życia
25	Chłoniak Burkitta
26	Chłoniak immunoblastyczny
27	Chłoniak pierwotny mózgu
28	Zespół wyniszczenia w przebiegu zakażenia HIV
29	Zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone
30	Chłoniak bliżej nieokreślony

III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętą)

1. Imię i nazwisko.....	2. Numer prawa wykonywania zawodu:	3. Podpis
4. Telefon kontaktowy:	5. E-mail:	