

5. Zgon osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS* – przyczyna podejrzenia lub rozpoznania zgonu

Kod ICD-10

-

Określenie słowne

Data (dd/mm/rrrr)

/ /

* Niepotrzebne skreślić.

II. DANE CHOREGO*

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

/ /

4. Nr PESEL**

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu**

6. Płeć (M, K)

7. Wiek***

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy

9. Miejscowość

10. Ulica

11. Nr domu

12. Nr lokalu

* 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. 7 wiek, zamiast adresu – w poz. 9 nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Pacjent nie może zastrzec danych o płci.

** 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 EPIDEMIOLOGICZNE

Badanie w kierunku HIV:

data ostatniego ujemnego badania: data pierwszego dodatniego badania:

AIDS: data rozpoznania pierwszego epizodu:

Liczba komórek CD4 w odstępie 3 miesięcy od rozpoznania HIV/AIDS:

Leczenie ARV przed rozpoznaniem AIDS/zgonem:

TAK NIE Nie wiadomo

Przynależność do grup szczególnie narażonych:

IDU MSM,WSW CSW

Pracownicy ochrony zdrowia/personel medyczny

Drogi nabycia zakażenia:

kontakt homoseksualny kontakt heteroseksualny kontakt seksualny, brak dokładnych danych

wstrzyknięcie narkotyku wertykalna transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych

jatrogena inna (jaka?)

Inne choroby przenoszone drogą płciową:

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

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