

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 10 lipca 2013 r.

w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej

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. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu są dokonywane zgłoszenia, o których mowa w art. 27 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zwanej dalej "ustawą";
- 2) podmioty, którym są przekazywane zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy;
- 3) wzory formularzy zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- 4) sposób dokonywania zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, o których mowa w art. 27 ust. 1 i 2 ustawy;
- 5) tryb dokonywania zgłoszeń podejrzenia zachorowania na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lub zgonu z powodu takiej choroby członka załogi lub pasażera odbywającego podróż międzynarodową.

§ 2. Ustala się wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu są dokonywane zgłoszenia, o których mowa w art. 27 ust. 1 i 2 ustawy, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Ustala się wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. Ustala się wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 5. Ustala się wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 6. Ustala się 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, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 7. Ustala się wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 8. Zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej są przekazywane państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu albo państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

§ 9. Zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej na formularzu, o którym mowa w § 3-7, lekarz, felczer albo kierownik szpitala, o którym mowa w art. 27 ust. 2 ustawy:

- 1) przesyła przesyłką poleconą w kopertach opatrzonych wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i symbolem "ZLK",
- 2) przesyła za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci zaszyfrowanej, jeżeli pozwalają na to możliwości techniczne nadawcy i odbiorcy, lub
- 3) przekazuje bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem
- w sposób zapewniający ochronę danych osobowych zawartych w zgłoszeniu.

§ 10. Zgłoszenia, o których mowa w art. 27 ust. 8 ustawy, są przekazywane z urzędu.

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.³⁾

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

WYKAZ ZAKAŻEŃ I CHORÓB ZAKAŻNYCH, W PRZYPADKU KTÓRYCH PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA, CHOROBY ZAKAŻNEJ LUB ZGONU Z ICH POWODU SĄ DOKONYWANE ZGŁOSZENIA, O KTÓRYCH MOWA W [ART. 27 UST. 1 I 2 USTAWY Z DNIA 5 GRUDNIA 2008 R. O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHORÓB ZAKAŻNYCH U LUDZI](#)

- 1) bąblowica i wągrzyca;
- 2) biegunki o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej u dzieci do lat 2;
- 3) błonica;
- 4) borelioza z Lyme;
- 5) bruceloza;
- 6) chlamydiozy - przenoszone drogą płciową;
- 7) cholera;
- 8) choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste;
- 9) czerwonka bakteryjna;
- 10) dur brzuszny i zakażenia pałeczkami durowymi;
- 11) dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi;
- 12) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera) i inne riketsjozy;
- 13) dżuma;
- 14) giardioza;
- 15) gorączka Q;
- 16) gruźlica i inne mikobakteriozy;
- 17) grypa (w tym grypa ptaków u ludzi) - wyłącznie w przypadku zachorowań potwierdzonych dodatnim wynikiem badań laboratoryjnych mających na celu izolację wirusa grypy lub wykrycie kwasu nukleinowego wirusa grypy;
- 18) inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- 19) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 20) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pyogenes*;
- 21) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae*;
- 22) jersinioza;
- 23) kamylobakterioza;
- 24) kiła;
- 25) kryptosporidioza;
- 26) krztusiec;
- 27) legioneloza;
- 28) leptospirozy;
- 29) listerioza;
- 30) nagminne zapalenie przyusznic (świnka);
- 31) nosacizna;
- 32) odra;
- 33) ornitozy;
- 34) ospa prawdziwa;
- 35) ospa wietrzna;
- 36) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis);
- 37) ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo - u dzieci do 15 roku życia;
- 38) płonica;
- 39) pryszczycyca;
- 40) różyczka i zespół różyczki wrodzonej;
- 41) rzeżączka;
- 42) salmonelozy inne niż wywołane przez pałeczki *Salmonella Typhi* i *Salmonella Paratyphi A, B, C*;
- 43) tężec;
- 44) toksoplazmoza wrodzona;
- 45) tularemia;

- 46) wąglik;
- 47) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączka;
- 48) wirusowe zapalenia wątroby (A, B, C, inne) oraz zakażenia wywołane przez wirusy zapalenia wątroby;
- 49) włośnica;
- 50) wścieklizna;
- 51) zakażenia żołądkowo-jelitowe oraz zatrucia pokarmowe o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 52) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 53) zakażenie wirusem zachodniego Nilu;
- 54) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 55) zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm);
- 56) zespół hemolityczno-mocznicowy i inne postaci zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *Escherichia coli* (STEC/ VTEC);
- 57) zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS);
- 58) zimnica (malaria).

III. INNE INFORMACJE

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

/ /

2. Szczepienia*

Tak Nie

Jeżeli 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

Jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala

6. Zakażenie szpitalne

Tak Nie

7. Pobyt za granicą w okresie narażenia

Tak Nie

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

* Dotyczy chorób, którym można zapobiegać drogą szczepień.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

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

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** nieleczone leczony prawidłowo leczony nieprawidłowo brak danych**7. Szczepienia BCG** wykonano 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. Metody 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 gospodarskimi

Tak

Nie

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

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

III. DANE UZUPELNIAJĄCE

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*

* Niepotrzebne skreślić.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy 3. Podpis

Załącznik nr 5

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	ZLK-4 Zgłoszenie 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 <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Część III. Podmiot tworzący²⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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). ²⁾ Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. * Niepotrzebne skreślić.	
I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*		
1. Kod ICD-10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	2. Określenie słowne	3. Data (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"/>
4. Informacje dotyczące rozpoznania		
A. Nowo wykryte zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV)		
Badanie potwierdzające:		
numer badania data badania :		
metoda:		
<input type="checkbox"/> western-blot	<input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne	<input type="checkbox"/> badanie molekularne
<input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka)		
Jednostka zlecająca badanie: tel.		
Laboratorium potwierdzające: tel.		
Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV:		
<input type="checkbox"/> ARS	<input type="checkbox"/> zakażenie bezobjawowe	<input type="checkbox"/> objawy choroby HIV, nie-AIDS
<input type="checkbox"/> AIDS		
B. Rozpoznanie AIDS		
Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą definitywną:		Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą prawdopodobną:
1.	1.	
2.	2.	
3.	3.	
4.	4.	

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

jatrogenna inna (jaka?)

Inne choroby przenoszone drogą płciową:

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

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

