

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 22 kwietnia 2003 r.

**w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, rozpoznania zachorowania na chorobę zakaźną oraz podejrzenia lub stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej oraz sposobu ich przekazywania**

Na podstawie art. 20 ust. 10 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) zarządza się, co następuje:

## § 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzór formularza zgłoszenia podejrzenia zakażenia lub zachorowania albo rozpoznania choroby za-

każnej określonej w wykazie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach;

- 2) wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na gruźlicę;
- 3) wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rzęsistkowicę;
- 4) wzór formularza zgłoszenia stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu choroby za-

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833).

każdej określonej w wykazie, o którym mowa w pkt 1;

- 5) sposób przekazywania formularzy zgłoszeń, o których mowa w pkt 1—4.

§ 2. Podejrzenia zachorowań oraz zachorowania na gripę zgłasza się w formie raportów zbiorczych, których wzór określają przepisy o statystyce publicznej.

§ 3. Ustala się wzór formularza zgłoszenia:

- 1) o którym mowa w § 1 pkt 1, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) o którym mowa w § 1 pkt 2, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) o którym mowa w § 1 pkt 3, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia, z zastrzeżeniem pkt 4;
- 4) podejrzenia oraz rozpoznania zachorowania na AIDS i zakażenia HIV, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) o którym mowa w § 1 pkt 4, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 4. Formularze zgłoszeń określone w § 1 pkt 1—4 lekarz lub felczer przesyła w sposób zapewniający peł-

ną ochronę przed ujawnieniem zawartych w formularzu informacji:

- 1) pocztą, w kopertach opatrzonych wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i nadrukiem „poufne” lub
- 2) elektronicznie, jako przesyłki kodowane, jeżeli pozwalają na to techniczne możliwości nadawcy i odbiorcy.

§ 5. 1. Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny przekazuje otrzymane od lekarzy lub felczerów formularze zgłoszeń, o których mowa w § 1 pkt 4, odpowiednio powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym, wojewódzkim jednostkom specjalistycznym właściwym w zakresie gruźlicy i chorób płuc, jednostkom specjalistycznym właściwym w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, w zależności od rodzaju rejestrowanych przez nie chorób.

2. Do przesyłania formularzy, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy § 4.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *L. Sikorski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra  
Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2003 r.  
(poz. 853)

Załącznik nr 1

WZÓR

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:		<b>Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na chorobę zakaźną<sup>(1)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Powiatowy / Graniczny* Inspektor Sanitarny</b>	
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. (2)			w .....	
Część I. REGON _____		Uwaga: (1) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzęączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydie oraz rzeżyskowicę - zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 24 godzin zgodnie z art. 20 ust. 3 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.		
Część II. TERYT _____				
Część III. Podmiot, który utworzył zakład _____				
Część VIII. Specjalność komórki organiz. _____				
<b>I. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE</b>				
1. Kod ICD-10 _____		2. Określenie słowne _____		3. Data (dd/mm/rr) _____
4. Podstawa rozpoznania / podejrzenia (zaznaczyć)				
<input type="checkbox"/> badania mikrobiologiczno-serologiczne		<input type="checkbox"/> objawy kliniczne		<input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) _____
<input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne		<input type="checkbox"/> przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)		
<b>II. DANE CHOREGO</b>				
1. Nazwisko _____				
2. Imię _____		3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) _____		4. Nr PESEL _____
5. Inny krajowy nr identyfikacyjny* _____		6. Płeć (M, K) _____		7. Obywatelstwo _____
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)				
8. Kod _____		9. Miejscowość _____		
10. Gmina _____				
11. Ulica _____			12. Nr domu _____	13. Nr lokalu _____
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania / czasowego pobytu)				
14. Kod _____		15. Miejscowość _____		
16. Gmina _____				
17. Ulica _____			18. Nr domu _____	19. Nr lokalu _____
* Wypełnić w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL (w tym obcokrajowców), wpisując np. odpowiedni numer dokumentu tożsamości.				
<b>III. INNE INFORMACJE</b>				
1. Data zachorowania / wystąpienia pierwszych objawów (dd/mm/rr) _____				
2. Zatrucie pokarmowe środkiem chem. _____		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Jeżeli tak, podać nazwę chemiczną środka (czynnik toksyczny) i nazwę handlową preparatu _____				
3. Nazwa i adres zakładu pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła) _____				
4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym _____		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
5. Skierowano do szpitala _____		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Jeżeli tak, podać nazwę szpitala i adres _____				
<b>IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA</b>				
1. Pieczęć imienna _____		2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczęcie) Miejscowość _____ Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Telefon (____) _____		3. Podpis _____

## WZÓR

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	<b>Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na gruźlicę<sup>(1)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny*</b>
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. (2)		..... ..... W .....
Część I. REGON	Uwaga: (1) Zgłoszenie należy przesłać do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie gruźlicy i chorób płuc, zgodnie z art. 20 ust. 4 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.	
Część II. TERYT		
Część III. Podmiot, który utworzył zakład		
Część VIII. Specjalność komórki organiz.		

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

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

<b>III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE</b>		
1. Data zarejestrowania (dd/mm/rrrr)	2. Nr rejestru (numer/kwartał/rok)	
...../...../.....	...../...../.....	
3. Status społeczny	4. Wykształcenie	5. Stan cywilny
Uczeń / student 1 <input type="checkbox"/>	Podstawowe 1 <input type="checkbox"/>	Żonaty / zameżna 1 <input type="checkbox"/>
Robotnik / rolnik 2 <input type="checkbox"/>	Zasadnicze zawodowe 2 <input type="checkbox"/>	Samotny 2 <input type="checkbox"/>
Pracownik umysłowy 3 <input type="checkbox"/>	Średnie 3 <input type="checkbox"/>	
Bezrobotny 4 <input type="checkbox"/>	Wyższe 4 <input type="checkbox"/>	
Emeryt / renciasta 5 <input type="checkbox"/>		
Bezdomny 6 <input type="checkbox"/>		
6. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby		7. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)
a) płucna	nowe zachorowanie BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-) <input type="checkbox"/>	.....
	wznowa BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-) <input type="checkbox"/>	
b) pozapłucna	nowe zachorowanie BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-) <input type="checkbox"/>	
	wznowa BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-) <input type="checkbox"/>	
		8. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe
		nieleczony <input type="checkbox"/>
		leczony prawidłowo <input type="checkbox"/>
		leczony nieprawidłowo <input type="checkbox"/>
		brak danych <input type="checkbox"/>

III. DANE UZUPELNIĄCE (cd.)

**9. Szczepienia BCG**

wykonano  blizna  data ostatniego      
 nie wykonano  brak blizny  szczepienia (rok)

**10. OT**

wykonano  rozmiar nacieku    
 nie wykonano  (w mm)

**11. Styczność z gruźlicą czynną BK+**

aktualna 1  kiedy (rok)      
 zakończona 2   
 nie stwierdzono stycz. 3   
 brak danych 4

**12. Badania bakteriologiczne płwociny**

a) bakterioskopia / dodatnia (BK+) 1   
 rozmaz ujemna (BK-) 2   
 wykonano, brak wyników 3   
 nie wykonano 4

b) posiew / dodatnia (BK+) 1   
 hodowla ujemna (BK-) 2   
 wykonano, brak wyników 3   
 nie wykonano 4

**13. Badania histopatologiczne**

wykonano 1  potwierdzono gruźlicę 1   
 nie potwierdzono 2   
 nie wykonano 2

**14. Inne badania bakteriologiczne (podać, jakie)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15. Metody wykrycia chorego na gruźlicę**

z objawów chorobowych 1   
 ze styczności z chorym 2   
 w badaniach grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym) 3   
 w innych badaniach profilaktycznych (wstępne, okresowe, w zakładach pracy, student, żołnierz, uczeń) 4   
 przy hospitalizacji 5   
 w badaniu sekcyjnym 6   
 w innych badaniach 7

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA

1. Pieczętka imienna \_\_\_\_\_

2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce)

Miejscowość \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Telefon (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3. Podpis \_\_\_\_\_

## WZÓR

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	<b>Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzania zachorowania)* na chorobę przenoszoną drogą płciową<sup>(1)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny *</b>
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. <sup>(2)</sup>		W .....
Część I. REGON _____	Uwaga: (1) Dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na kile, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydie oraz rzeżączkowice. Nie dotyczy innych chorób, w tym AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenie należy przesłać 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.	
Część II. TERYT _____		
Część III. Podmiot, który utworzył zakład _____		
Część VIII. Specjalność komórki organiz. _____		

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

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

<b>III. DANE SZCZEGÓŁOWE</b>		
1. Leczony już na obecną chorobę	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, podać gdzie _____		
2. Przebyte choroby weneryczne	_____	Kod ICD-10 _____
3. Objęto chorego leczeniem / skierowano do _____ (niepotrzebne skreślić)		
4. Wyczerpujące informacje o zgłoszonych kontaktach: 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>		
1. Pieczętka imienna _____	2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce)	3. Podpis _____
	Miejscowość _____	
	Ulica _____	
	Nr domu _____	Nr lokalu _____
	Telefon (____) _____	



