



**III. DANE UZUPELNIAJĄCE**

1. Przynależność do populacji kluczowych (zaznaczyć wszystkie właściwe):

- MSM<sup>a)</sup>
 PWID<sup>b)</sup>
 SW<sup>c)</sup>
 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)
  inna (wpisać jaka).....

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

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	.....	Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok	____/____/____
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	.....	Data rozpoznania ((dd/mm/rrrr) lub rok	____/____/____
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	.....	Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) lub rok	____/____/____

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

- 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: .....