

**Individuálne hlásenie prenosného ochorenia ošetrojúcimi lekármi
vrátane nemocničnej nákazy a pohlavne prenosného ochorenia**

Spoločné údaje

Osobné údaje

Cudzinec:	
Identifikátor cudzinca:	Číslo pasu:
Rodné číslo:	Dátum narodenia:
Meno:	Priezvisko:
Pohlavie:	Vek:

Informácie o bydlisku

Ulica:	
Obec (bydlisko):	Poštové smerovacie číslo:
Krajina trvalého pobytu u cudzinca:	

Iné údaje o pacientovi

Povolanie:
Telefón:
Poznámka:

Kolektívne zariadenie

Názov kolektívneho zariadenia:	
Ulica:	
Obec:	Poštové smerovacie číslo:
Poznámka ku kolektívnemu zariadeniu:	

Údaje o ochorení

Kód diagnózy:	Kontakt s osobou, ktorá vykonávala epidemiologicky závažnú činnosť: áno/nie
Dátum hlásenia:	Dátum prvých príznakov:
Dátum návštevy lekára:	
Číslo prípadu v rodine:	Klinická forma:
Obec nákazy:	Je importovaná nákaza:
Predpokladaná krajina nákazy:	Miesto nákazy:
Miesto izolácie:	Dátum izolácie:
Dátum prijatia na hospitalizáciu:	Dátum prepustenia z hospitalizácie:
Spôsob ukončenia hospitalizácie:	Dopad ochorenia:
Je nemocničná nákaza:	

Odber biologického materiálu

Dátum odberu:	Druh materiálu:	Test:	Etiologický agens:	Výsledok:
---------------	-----------------	-------	-----------------------	-----------

Hlásiaci subjekt

Číselný kód zdravotníckeho pracovníka, ktorým je hlásiaci lekár:
Číselný kód hlásiaceho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

Špecifické údaje pre hlásenie nemocničnej nákazy

Číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kde došlo k nákaze:	
Oddelenie:	
Príjmová diagnóza:	Dátum hospitalizácie:
Invazívny výkon – druh:	Dátum:
Iné zákroky – druh:	Dátum:
Výskyt polyrezistentného kmeňa:	Predĺženie hospitalizácie pre nemocničnú nákazu:

Špecifické údaje pre hlásenie pohlavne prenosného ochorenia

Rodinný stav:	Druh ochorenia:
Prameň pôvodcu nákazy známy: áno/nie	HIV pozitívny:
Mechanizmus prenosu:	
Osoba poskytujúca sexuálne služby: áno/nie	Kontakt s osobou poskytujúcou sexuálne služby:
Týždeň gravidity:	