



\* Niepotrzebne skreślić.

## II. DANE CHOREGO\*

### 1. Nazwisko

### 2. Imię

### 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

 /  / 

### 4. Nr PESEL\*\*

### 5. Inny krajowy nr identyfikacyjny\*\*

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