

**INFORMACE O PODEZŘENÍ NA VÝSKYT VYSOCE NAKAŽLIVÉ NEMOCI VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ
POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

Informace slouží k předávání údajů mezi subjekty, na které se nevztahují povinnosti pro nakládání se zdravotnickou dokumentací.

KÓD ÚDAJ	POŽADOVANÝ ÚDAJ	ZJIŠTĚNÝ ÚDAJ
A	Pracovní diagnóza onemocnění, které je předmětem informace (slovně)	
B	Datum a hodina hlášení	
C	Hlásící ZZ*	
<i>C1</i>	Název, adresa ZZ	
<i>C2</i>	Telefonické spojení	
<i>C3</i>	Kontaktní osoba ZZ*, telefonické spojení	
D	Místně příslušný orgán ochrany veřejného zdraví (KHS)	
<i>D3</i>	Název, adresa	
<i>D4</i>	Telefonické spojení	
E	Pacient – osobní údaje	
<i>E5</i>	Pohlaví	
<i>E6</i>	Věk	
<i>E7</i>	Státní příslušnost	
F	Pacient – vyšetření a průběh onemocnění	
<i>F8</i>	Datum, hodina příchodu pacienta do ZZ* podávajícího hlášení	
<i>F9</i>	Datum, hodina vyšetření ve ZZ* podávajícím hlášení	
<i>F10</i>	Datum (hodina) vzniku prvních příznaků	
<i>F11</i>	Popis prvních příznaků, dosavadní průběh onemocnění, klinický stav	

Vysvětlivky: ZZ* Zdravotnické zařízení poskytovatele zdravotních služeb

Dne:

Vypracoval: