

NAZWISKO PACJENTA	IMIĘ	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA
NR SPRAWY		
PLACÓWKA	WYDZIAŁ	

## ZGODA NA UJAWNIANIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH

### UWAGA: TO NIE JEST ODPOWIEDNIA ZGODA NA INFORMACJE DOTYCZĄCE HIV

**INSTRUKCJE: PROSZĘ PRZEKAZAĆ KOPIĘ FORMULARZA PACJENTOWI!** Proszę przygotować jeden (1) egzemplarz akt sprawy pacjenta

Poinformowano mnie, że choroby zakaźne należy zgłaszać do Wydziału Zdrowia Stanu Nowy Jork (New York State Department of Health, NYSDOH) i/lub lokalnego wydziału zdrowia w ciągu 24 godzin od diagnozy zgodnie z Kodeksem Sanitarnym Stanu Nowy Jork (10 NYCRR 2.10). Poinformowano mnie również, że jeśli zostanie stwierdzone, iż cierpię na chorobę zakaźną, placówka lecznicza nie może zgłosić tego do Departamentu Zdrowia i/lub lokalnego departamentu zdrowia bez mojej pisemnej zgody.

Aby umożliwić placówce leczniczej spełnienie wymogów dotyczących zgłaszania chorób zakaźnych, niniejszym wyrażam zgodę na zezwolenie wspomnianej placówce leczniczej na przekazanie do NYSDOH i/lub lokalnego wydziału zdrowia informacji na temat mojego zarażenia chorobą zakaźną w przypadku, gdy taka choroba zostanie u mnie zdiagnozowana.

Zakres ujawnienia jest ograniczony do: mojego imienia i nazwiska, adresu, mojej diagnozy, tożsamości osób, które mogłem/-am narazić na chorobę, źródła mojej choroby (jeśli jest znane) oraz (proszę określić) leczenia i wszystkich istotnych informacji dotyczących bieżącej opieki medycznej.

Rozumiem, że mogę wycofać tę zgodę w dowolnym momencie, z wyjątkiem sytuacji, gdy na jej podstawie podjęto działania, a informacje przekazane w tej zgodzie NYSDOH i/lub lokalnemu wydziałowi zdrowia nie mogą zostać ponownie ujawnione bez mojej dodatkowej pisemnej zgody. Rozumiem także, że niniejsza zgoda wygaśnie sześć (6) miesięcy po moim wypisaniu z ww. placówki leczniczej. Rozumiem również, że jakiegokolwiek ujawnienie jest ograniczone na mocy postanowień Tytułu 42 Kodeksu Przepisów Federalnych (Title 42 of the Code of Federal Regulations), który reguluje poufność dokumentacji medycznej związanej z nadużywaniem alkoholu i narkotyków, oraz Ustawy o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 45 Kodeksu Przepisów Federalnych (Code of Federal Regulations, C.F.R.) Części 160 & 164; i że ujawnienie tych informacji jakiegokolwiek stronie innej niż powyższa jest zabronione bez mojej dodatkowej pisemnej zgody.

Podpis pacjenta

Data

**UWAGA:** Wszystkim informacjom ujawnionym za pośrednictwem tego formularza będzie towarzyszył formularz TRS-1 dotyczący zakazu ponownego ujawniania informacji dotyczących pacjentów uzależnionych od alkoholu/zażywających narkotyki

### Wymagania dotyczące zgłaszania chorób zakaźnych WYDZIAŁU ZDROWIA STANU NOWY JORK

Zgłaszanie podejrzeń lub potwierdzonych chorób zakaźnych jest wymagane przez Kodeks Sanitarny Stanu Nowy Jork (10 NYCRR 2.10.2.14). Główna odpowiedzialność za zgłoszenie spoczywa na lekarzu; ponadto laboratoria (PHL 2102), pielęgniarki szkolne (10 NYCRR 2.12), kierownicy centrów dziennej opieki, domów opieki/szpitali (10 NYCRR 405.3d) oraz instytucji państwowych (10 NYCRR 2.10a) lub innych placówek świadczących usługi zdrowotne (10 NYCRR 2.12) również są zobowiązani do zgłaszania wymienionych poniżej chorób.

Anaplazmoza	Kryptosporidioza	Ciężarna nosicielka zapalenia wątroby typu B	Osipa małpia	Zatrucie enterotoksyną gronkowca <sup>2</sup>
Pełzakowica	Cyklosporoza	Zakażenie wirusem opryszczki, niemowlęta w wieku 60 dni lub młodsze	Świnka	Zakażenie paciorkowcami (choroba inwazyjna) <sup>5</sup>
Ukąszenia zwierząt, w przypadku których zastosowano profilaktykę wścieklizny <sup>1</sup>	Dyfteryt	Zakażenia szpitalne (zgodnie z definicją w punkcie 2.2 10 NYCRR)	Krzusiec	Paciorkowiec beta-hemolizujący grupy A Paciorkowiec grupy B
Waglik <sup>2</sup>	Infekcja E.coli 0157:H7 <sup>4</sup>	Grypa, potwierdzona laboratoryjnie	Dżuma <sup>2</sup>	Pneumokoki
Infekcja arbowirusowa <sup>3</sup> Babezjoza	Erlichioza	Legionelloza	Polio	Kiła, proszę określić stadium <sup>7</sup> Tężec
Botulizm <sup>2</sup>	Zapalenie mózgu	Listerioza	Gorączka Q <sup>2</sup>	Zespół wstrząsu toksycznego
Bruceleloza <sup>2</sup>	Zatrucie pokarmowe	Borelioza	Wścieklizna <sup>1</sup>	Pasażowalne encefalopatie gąbczaste <sup>8</sup> (TSE) Włośnica
Kampylobakterioza Wrzód weneryczny	Giardioza	Ziarnica weneryczna	Tyfus plamisty Gór Skalistych	
Infekcja Chlamydia trachomatis Cholera	Nosaczyna <sup>2</sup>	Malaria	Różyczka (w tym zespół różyczki wrodzonej) Salmonelloza Shigatoksyniczne enterokrwotoczne szczepy Escherichia coli <sup>4</sup> (STEC)	Aktualne zachorowanie na gruźlicę (proszę określić organ) Tularemia <sup>2</sup> Dur brzuszny
Koronawirus (postać ostra lub nowe zakażenie) COVID-19	Zakażenie hantawirusem	Melioidoza <sup>2</sup>	Czerwonka bakteryjna <sup>4</sup>	Dur brzuszny
(COVID-19) Zespół ostrej ciężkiej niewydolności oddechowej (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) Bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (Middle East Respiratory Syndrome, MERS)	Zespół hemolityczno-mocznicowy Wirusowe zapalenie wątroby typu A Wirusowe zapalenie wątroby typu A u osób mających styczność z żywnością Wirusowe zapalenie wątroby typu B (proszę określić ostre czy przewlekłe) Wirusowe zapalenie wątroby typu C (proszę określić ostre czy przewlekłe)	Aseptyczne lub wirusowe zapalenie opon mózgowych Haemophilus Meningokoki Inne (proszę określić typ) Posocznica meningokokowa	Osipa prawdziwa <sup>2</sup> Gronkowiec złocisty <sup>6</sup> (ze względu na szczepy wykazujące zmniejszoną podatność lub oporność na wankomycynę)	Krowianka <sup>9</sup> Wibrioza <sup>6</sup> Wirusowa gorączka krwotoczna Jersinioza

## ZGODA NA UJAWNIANIE CHORÓB ZAKAŻNYCH - WSKAZÓWKI I PRZYPISY

### KTO POWINIEN ZGŁASZAĆ PRZYPADKI?

Lekarze, pielęgniarki, kierownicy laboratoriów, specjaliści ds. kontroli zakażeń, placówki opieki zdrowotnej, instytucje rządowe, szkoły.

### GDZIE NALEŻY KIEROWAĆ ZGŁOSZENIA?

Zgłoszenia należy kierować do lokalnego wydziału zdrowia w miejscu przebywania pacjenta.

Osoba kontaktowa: \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Faks: \_\_\_\_\_

### KIEDY NALEŻY ZGŁASZAĆ PRZYPADKI?

W ciągu 24 godzin od diagnozy:

- Należy dzwonić w sprawie chorób wypisanych pogrubioną czcionką.
- Wszystkie inne choroby należy zgłaszać drogą mailową, za pomocą formularza DOH-389.
- W mieście Nowy Jork należy użyć formularza PD-16.

### UWAGI SPECJALNE

- Choroby wymienione **pogrubioną czcionką** wymagają natychmiastowej uwagi i należy je **niezwłocznie** zgłosić telefonicznie lokalnym wydziałom zdrowia, a następnie dostarczyć formularz poufnego zgłoszenia przypadku (DOH-389). W mieście Nowy Jork należy użyć formularza zgłoszeniowego PD-16.
- Oprócz chorób wymienionych powyżej, wszelkie nietypowe choroby (definiowane jako nowo wykryte lub pojawiające się choroby lub zespoły, potencjalnie spowodowane przez czynnik zakaźny lub toksynę drobnoustrojową) podlegają zgłoszeniu.
- Epidemie: podczas gdy pojedyncze przypadki lub niektóre choroby (np. bakteryjna infekcja gardła i migdałków, wszawica, liszajec, świerzb i zapalenie płuc) nie podlegają zgłoszeniu, zdarzeniem podlegającym zgłoszeniu jest grupa lub ognisko przypadków choroby zakaźnej.
- **Przypadki zakażenia wirusem HIV, chorób związanych z HIV i AIDS można zgłaszać na formularzu DOH-4189, który jest dostępny pod adresem:**

Division of Epidemiology, Evaluation and Research  
PO Box 2073, ESP Station  
Albany, NY 12220-2073  
(518) 474-4284

W NYC: Departament Zdrowia i Higieny Psychicznego miasta Nowy Jork (New York City Department of Health and Mental Hygiene)  
Aby zgłosić przypadki zakażenia HIV/AIDS, należy zadzwonić pod numer:  
(212) 442-3388

### UWAGI SPECJALNE

1. Przed rozpoczęciem profilaktyki wścieklizny należy powiadomić miejscowy wydział zdrowia.
2. Choroby będące możliwymi wskaźnikami bioterroryzmu.
3. W tym, między innymi, zakażenia wywołane wirusem wschodniego końskiego zapalenia mózgu, wirusem zachodniego końskiego zapalenia mózgu, wirusem Zachodniego Nilu, wirusem zapalenia mózgu z St Louis, wirusem La Crosse, wirusem Powassan, wirusem Jamestown Canyon, gorączką denga i żółtą febrą.
4. Pozytywne wyniki testu na Shigatoksynę należy zgłosić jako przypuszczalny dowód choroby.
5. Należy zgłaszać jedynie przypadki z dodatnimi wynikami posiewu krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego, stawu, otrzewnej lub płynu opłucnowego. Nie należy zgłaszać przypadków dodatnich wyników posiewów skóry, śliny, płwociny lub gardła.
6. Proponowane uzupełnienie listy.
7. Wszelkie wyniki testu niekrętkowego  $\geq 1:16$  lub dodatnie testy prenatalne lub porodowe, niezależnie od miana lub pierwotnej czy wtórnej choroby, należy zgłaszać telefonicznie; wszystkie inne można zgłosić e-mailem.
8. Łącznie z chorobą Creutzfeldta-Jakoba. Przypadki podejrzenia choroby należy zgłaszać bezpośrednio do New York State Department of Health, Rejestru Choroby Alzheimer'a i Innych Demencji (Alzheimer's Disease and Other Dementias Registry) pod numerem (518) 473-7817. W Nowym Jorku przypadki należy również zgłaszać do Departamentu Zdrowia i Higieny Psychicznego miasta Nowy Jork (New York City Department of Health and Mental Hygiene, NYCDOHMH).
9. Osoby z zakażeniem krowianką przenoszoną drogą kontaktową oraz osoby z następującymi powikłaniami poszczepiennymi: opryszczkowe zapalenie jamy ustnej, rumień wielopostaciowy większy lub zespół Stevensa-Johnsona, krowianka płodowa, krowianka uogólniona, niedbala inokulacja, krowianka oczna, poszczepienne zapalenie mózgu lub mózgu i rdzenia kręgowego, krowianka zgorzeliowa, ropne zakażenie w miejscu zakażenia oraz wszelkie inne poważne zdarzenia niepożądane.

### INFORMACJE DODATKOWE

Aby uzyskać więcej informacji na temat zgłaszania chorób, należy skontaktować się z lokalnym wydziałem zdrowia lub:

New York State Department of Health  
Biuro ds. zapobiegania chorobom zakaźnym (Bureau of Communicable Disease Control) pod numerem:  
518 473-4439 lub  
866-881-2809 po godzinach.

W mieście Nowy Jork, 1 866 NYC-DOH1

Aby otrzymać formularze zgłoszeniowe (DOH-389), należy zadzwonić pod numer 518 474-0548