

**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.

<b>KÓD ÚDAJE</b>	<b>POŽADOVANÝ ÚDAJ</b>	<b>ZJIŠTĚNÝ ÚDAJ</b>
<b>A</b>	<b>Pracovní diagnóza onemocnění, které je předmětem informace (slovně)</b>	
<b>B</b>	<b>Datum a hodina hlášení</b>	
<b>C</b>	<b>Hlásící ZZ*</b>	
<i>C1</i>	Název, adresa ZZ	
<i>C2</i>	Telefonické spojení	
<i>C3</i>	Kontaktní osoba ZZ*, spojení	
<b>D</b>	<b>Místně příslušný orgán ochrany veřejného zdraví (KHS)</b>	
<i>D3</i>	Název, adresa	
<i>D4</i>	Telefonické spojení	
<b>E</b>	<b>Pacient – osobní údaje</b>	
<i>E5</i>	Pohlaví	
<i>E6</i>	Věk	
<i>E7</i>	Státní příslušnost	
<b>F</b>	<b>Pacient – vyšetření a průběh onemocnění</b>	
<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