

Pieczeń laboratorium	ZLB-3 Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV)¹⁾	Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w lub nazwa innego podmiotu ²⁾
Resortowy kod identyfikacyjny laboratorium³⁾ Część I. Numer książki rejestrowej □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Część II. TERYT siedziby □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Część III. Podmiot tworzący □ □ Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej □ □ □ □ □	Objaśnienia: 1) Zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) należy dokonać w ciągu 24 godzin od momentu uzyskania tego wyniku, zgodnie z art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947). 2) Należy wpisać właściwy podmiot, o którym mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz. U. poz. 459). 3) Laboratoria wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594). 4) W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wypełnić wyłącznie pola oznaczone gwiazdką. 5) W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wpisać INICJAŁY imienia i nazwiska lub HASŁO. 6) Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, i wpisać serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. 7) W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta zamiast miejscowości należy wpisać nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. * Należy wypełnić w przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta, zgodnie z pkt 4,5 i 7.	
I. WYNIK BADANIA 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/yyyy) □ □ / □ □ / □ □ □ □ □ □ □ □ 2. Numer badania: 3. Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka) 4. Typ wirusa: <input type="checkbox"/> HIV-1 <input type="checkbox"/> HIV-2 <input type="checkbox"/> nie określono 5. Podmiot leczniczy, który skierował na badanie: Nazwa i adres podmiotu leczniczego: tel. Imię i nazwisko lekarza: tel.		

