

FORMULARZ ZGŁOSZENIA WYNIKU BADANIA W KIERUNKU
BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBTWÓRCZYCH

Nazwa i adres laboratorium ¹⁾	ZLB-1 Zgłoszenie wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych²⁾	Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny ^w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego ³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej Część II. TERYT siedziby Część VII. Komórka organizacyjna	Uwagi: 1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. 2) Nie dotyczy wyników badań w kierunku gruźlicy i ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) – zgłaszanych na innych formularzach. 3) Wypełnić zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.) 4) 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.	
I. WYNIK BADANIA 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) / 2. Badany / rozpoznany biologiczny czynnik chorobotwórczy:		
3. Rodzaj badanej próbki/pobranego materiału diagnostycznego:		
4. Metoda diagnostyczna:		
<input type="checkbox"/> preparat bezpośredni		
<input type="checkbox"/> izolacja		
<input type="checkbox"/> badanie molekularne		
<input type="checkbox"/> badanie stwierdzające obecność antygeny		
<input type="checkbox"/> badanie stwierdzające obecność/dynamikę swoistych przeciwciał		
<input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)		
II. DANE OSOBY, U KTÓREJ UZYSKANO WYNIK BADANIA W KIERUNKU BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBTWÓRCZYCH		
1. Nazwisko		
2. Imię	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) /	4. Numer PESEL
5. Numer identyfikacyjny dokumentu ⁴⁾	6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/>	7. Obywatelstwo
Adres miejsca zamieszkania:		
8. Kod pocztowy-.....	9. Miejscowość	
10. Województwo	11. Powiat	12. Gmina
13. Ulica	14. Numer domu	15. Numer lokalu
16. <input type="checkbox"/> Brak danych w zakresie pkt 1–15		

III. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:

1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego)

2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego)

3. Numer prawa wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:

.....

5. Numer telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Miejscowość

8. Ulica

9. Numer domu 10. Numer lokalu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IV. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)

				/				/											
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Badana próbka pochodziła:

od pacjenta leczzonego ambulatoryjnie

od pacjenta hospitalizowanego, jeżeli tak podać nazwę i adres szpitala:

.....

od pacjenta na jego zlecenie

inne (wpisać jakie).....

3. Powód wykonania badania

diagnostyka kliniczna

badanie pracownicze

ciąża

przyjęcie do szpitala

inne badanie przesiewowe

z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego

inny powód (wpisać jaki).....

V. UWAGI (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):

.....

VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (wpisać albo nanieść na dokument w formie nadruku albo pieczętki)

1. Imię i nazwisko

2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis

4. Telefon kontaktowy:

5. Adres poczty elektronicznej: