

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA WYNIKU BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO
WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)**

Nazwa i adres laboratorium ¹⁾	ZLB-3 Zgłoszenie wyniku badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV)	Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego ²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Część II. TERYT siedziby <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Część VII. Komórka organizacyjna <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>	Uwagi: 1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. 2) 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.). 3) W przypadku zastrzeżenia danych przez osobę, u której uzyskano wynik badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) należy wypełnić wyłącznie pola: Nazwisko i Imię – wpisując INICJAŁY nazwiska i imienia lub pole HASŁO, Wiek i Płeć, a w polu Miejscowość – nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. 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) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> 2. Typ wirusa <input type="checkbox"/> HIV-1 <input type="checkbox"/> HIV-2 3. Numer badania: 4. Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> badanie immunoenzymatyczne EIA <input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka).....		
II. DANE OSOBY, U KTÓREJ UZYSKANO WYNIK BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)³⁾ 1. Nazwisko/INICJAŁ ₃₎ <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> 2. Imię/INICJAŁ ₃₎ 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Numer PESEL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> 5. Numer identyfikacyjny dokumentu ₄₎ 6. Płeć (M, K)₃₎ 7. Wiek₃₎ 8. Hasło <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> 9. Obywatelstwo <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Adres miejsca zamieszkania: 10. Kod pocztowy 11. Miejscowość₃₎ <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> 12. Województwo 13. Powiat 14. Gmina <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>		

15. Ulica

16. Numer domu

17. Numer lokalu

18.

Brak danych w zakresie pkt 1–17

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. Powód wykonania badania:

diagnostyka kliniczna w kierunku HIV/AIDS pacjenta leczonego ambulatoryjnie

diagnostyka kliniczna w kierunku HIV/AIDS pacjenta hospitalizowanego

diagnostyka kliniczna w kierunku zakażenia wertykalnego HIV/AIDS

2a. Badanie przesiewowe:

przyjęcie do szpitala

kobiety ciężarne

pracownicze badania okresowe

z ośrodków leczenia uzależnień

osób osadzonych w więzieniach/aresztach

pacjentów poradni chorób przenoszonych drogą płciową

2b. Badanie z inicjatywy osoby badanej:

klient Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego (PKD) Nr ankiety PKD

bez zlecenia lekarskiego

2c. Inny powód (wpisać jaki):

V. 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: