

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 leczniczego²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	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 INICJALY nazwiska i imienia lub pole HASŁO, Wiek i Płeć, a w polu Miejsowość – nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. ³⁾ Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo nazwę i numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.	
I. WYNIK BADANIA 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 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/INICJAL ³⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 2. Imię/INICJAL ³⁾ 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 5. Numer identyfikacyjny dokumentu ⁴⁾ 6. Płeć (M, K)³⁾ 7. Wiek³⁾ 8. Hasło <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 9. Obywatelstwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Adres miejsca zamieszkania: 10. Kod pocztowy 11. Miejsowość⁵⁾ <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 400px; height: 15px;" type="text"/> 12. Województwo 13. Powiat 14. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		

15. Ulica <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	16. Numer domu <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>	17. Nr lokalu <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>
18. <input type="checkbox"/> Brak danych w zakresie pkt 1–17		
III. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:		
1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		
2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	3. Numer prawa wykonywania zawodu <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>	
4. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:		
5. Numer telefonu <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>		
6. Kod pocztowy <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>	7. Miejscowość <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
8. Ulica <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	9. Numer domu <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>	10. Numer lokalu <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>
IV. INNE INFORMACJE		
1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr) <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>		
2. Powód wykonania badania: <input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna w kierunku HIV/AIDS pacjenta leczonego ambulatoryjnie <input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna w kierunku HIV/AIDS pacjenta hospitalizowanego <input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna w kierunku zakażenia wertykalnego HIV/AIDS		
2a. Badanie przesiewowe: <input type="checkbox"/> przyjęcie do szpitala <input type="checkbox"/> kobiety ciężarne <input type="checkbox"/> pracownicze badania okresowe <input type="checkbox"/> z ośrodków leczenia uzależnień <input type="checkbox"/> osób osadzonych w więzieniach/aresztach <input type="checkbox"/> pacjentów poradni chorób przenoszonych drogą płciową		
2b. Badanie z inicjatywy osoby badanej: <input type="checkbox"/> klient Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego (PKD) → Nr ankiety PKD		
<input type="checkbox"/> bez zlecenia lekarskiego		
2c. Inny powód (wpisać jaki):.....		
VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (wpisać albo nanieść na dokument w formie nadruku albo pieczętki)		
1. Imię i nazwisko		3. Podpis
2. Numer prawa wykonywania zawodu:		
4. Telefon kontaktowy:		5. Adres poczty elektronicznej: