

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 leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	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 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: 20%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> 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 antygenu <input type="checkbox"/> badanie stwierdzające obecność/dynamikę swoistych przeciwciał <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)		
II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO WYNIK BADANIA W KIERUNKU BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBTWÓRCZYCH 1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> 2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> 5. Numer identyfikacyjny dokumentu ⁴⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> Adres miejsca zamieszkania: 8. Kod pocztowy 9. Miejscowość <input style="width: 10%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 10%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> 10. Województwo 11. Powiat 12. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> 13. Ulica 14. Numer domu 15. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 10%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 10%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 10%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 10%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> 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: