Państwowy Zakład Higieny - Instytut Naukowo-Badawczy - Zakład Epidemiologii
00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24, tel. (0-22) 54-21-204

Placówka, która zgłosiła zachorowanie/ zgon .....

adres .....

telefon kontaktowy .....

RAPORT O ZACHOROWANIU NA AIDS I/LUB ZGONIE CHOREGO NA AIDS

- Informacje objęte tajemnicą lekarską i służbową -

1. NAZWISKO

2. IMIĘ

3. DATA URODZENIA

4. PŁEĆ

5. PESEL

6. OBYWATELSTWO

7. WOJEWÓDZTWO

8. POWIAT

9. MIEJSCE ZAMIESZKANIA

10. GRUPA RYZYKOWNYCH ZACHOWAŃ / SPOSÓB ZAKAŻENIA

10a 10b 10c

11. DODATKOWE INFORMACJE O SPOSOBIE ZAKAŻENIA

12. DATA PIERWSZEGO DODATNIEGO WYNIKU BADANIA W KIERUNKU ZAKAŻENIA HIV

12a 12b

13. PODSTAWA ORZECZENIA O DODATNIM WYNIKU BADANIA W KIERUNKU ZAKAŻENIA HIV

13a 13b

14. PRZYCZYNA UPOŚLEDZENIA ODPORNOŚCI

15. CHOROBA WSKAZUJĄCA NA AIDS

15a 15b 15c 15d

16. METODA ROZPOZNANIA CHOROBY WSKAZUJĄCEJ NA AIDS

16a 16b 16c 16d

17. LICZBA KOMÓREK CD4

18. DATA ROZPOZNANIA AIDS

19. OKRES OSTATNIEJ HOSPITALIZACJI

-

20. ZGŁOSZENIE ZGONU

21. DATA ZGONU

22. PRZYCZYNA ZGONU

22a 22b 22c

23. LECZENIE ARV PRZED ROZPOZNANIEM AIDS

TAK NIE

24. UWAGI

.....

.....

25. DATA WYPEŁNIENIA ZGŁOSZENIA

Osoba wypełniająca raport .....