Nazwa i adres laboratorium[1]	**ZLB-3** **Zgłoszenie dodatniego 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

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 pieczątki albo nadruku.

[2] Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173).

[3] W przypadku zastrzeżenia danych przez osobę, u której stwierdzono dodatni 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 nazwę i numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

I. WYNIK BADANIA

1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr)

/ /

2. Typ wirusa

☐ HIV-1 ☐ HIV-2

3. Numer badania: .....

4. Metoda diagnostyczna:

☐ western-blot ☐ badanie wirusologiczne ☐ badanie molekularne

☐ badanie immunoenzymatyczne EIA ☐ inna (wpisać jaka).....

II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)[3]

1. Nazwisko/INICJAŁ[3]

2. Imię/INICJAŁ[3]

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

/ /

4. Numer PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu[4]

6. Płeć (M, K)[3]

7. Wiek[3]

8. Hasło

9. Obywatelstwo

Adres miejsca zamieszkania:

10. Kod pocztowy

–

11. Miejscowość[3]

12. Województwo

13. Powiat

14. Gmina

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 (jaki):……

V. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczątką)

1. Imię i nazwisko ..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: ..... 3. Podpis .....

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....