

**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 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) <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/INICJAŁ ³⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 2. Imię/INICJAŁ ³⁾ 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Numer 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 type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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. Miejscowość³⁾ <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 600px; 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"/>		

