

Załącznik nr 2

WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA DODATNIEGO WYNIKU BADANIA W KIERUNKU
BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH

Pieczęć laboratorium	ZLB-1 Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych¹⁾	Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w lub nazwa innego podmiotu ²⁾
Resortowy kod identyfikacyjny laboratorium ³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej Część II. TERYT siedziby Część III. Podmiot tworzący Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej	Objaśnienia: ¹⁾ Zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych należy dokonać w ciągu 24 godzin od momentu uzyskania tego wyniku, zgodnie z art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947). ²⁾ Należy wpisać właściwy podmiot, o którym mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz. U. poz. ...). ³⁾ Laboratoria wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594).	
I. WYNIK BADANIA 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) / /		
2. Biologiczny czynnik chorobotwórczy:		
3. Badana próbka/materiał diagnostyczny:		
4. Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> izolacja <input type="checkbox"/> badanie immunologiczne <input type="checkbox"/> badanie serologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)		
II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH		
1. Nazwisko		
2. Imię	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / /	4. Nr PESEL
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu*	6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	
Adres miejsca zamieszkania:		
7. Kod pocztowy -	8. Miejscowość	
9. Powiat		
10. Ulica	11. Nr domu	12. Nr lokalu
* Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, i wpisać serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.		

III. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)

/ /

2. Badana próbka pochodziła:

od chorego hospitalizowanego

od chorego leczonego ambulatoryjnie

Adres szpitala:

3. Powód wykonania badania

diagnostyka kliniczna

badanie pracownicze

ciąża

przyjęcie do szpitala

inne badanie przesiewowe

inny powód, jaki

4. Nazwa i adres podmiotu, do którego wysłano materiał kliniczny lub wyizolowany biologiczny czynnik chorobotwórczy (próbki) w celu przeprowadzenia dalszych badań:

.....

5. Oczekiwany kierunek i zakres dalszego badania:

6. Numer identyfikacyjny materiału klinicznego lub wyizolowanego biologicznego czynnika chorobotwórczego (próbki) wysłanego w celu przeprowadzenia dalszych badań:

.....

IV. UWAGI (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):

V. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis