

Pieczęć laboratorium	<p align="center">ZLB-3 Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV)¹⁾</p>	<p>Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w</p> <p>lub nazwa innego podmiotu²⁾ </p>
Resortowy kod identyfikacyjny laboratorium³⁾ Część I. Numer książki rejestrowej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Część III. Podmiot tworzący <input type="text"/> <input type="text"/> Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Objaśnienia: 1) Zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) 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 dnia 25 marca 2014 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. 459). 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). 4) W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wypełnić wyłącznie pola oznaczone gwiazdką. 5) W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wpisać INICJAŁY imienia i nazwiska lub HASŁO. 6) 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. 7) W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta zamiast miejscowości należy wpisać nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. * Należy wypełnić w przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta, zgodnie z pkt 4,5 i 7.	
I. WYNIK BADANIA 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Numer badania: 3. Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka) 4. Typ wirusa: <input type="checkbox"/> HIV-1 <input type="checkbox"/> HIV-2 <input type="checkbox"/> nie określono 5. Podmiot leczniczy, który skierował na badanie: Nazwa i adres podmiotu leczniczego: tel. Imię i nazwisko lekarza: tel.		

**II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STwierdzono DODATNI WYNIK BADAANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU
ODPORNOŚCI (HIV)⁴***

1. Nazwisko⁵*

2. Imię⁵*

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

 / /

4. Nr PESEL

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu⁶

6. Płeć (M, K)*

7. Wiek*

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy

 -

9. Miejscowość⁷*

10. Ulica

11. Nr domu

12. Nr lokalu

III. INNE INFORMACJE

1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)

 / /

2. Badana próbka pochodziła:

od chorego hospitalizowanego

od chorego leczonego ambulatoryjnie

Adres szpitala:

.....

3. Powód wykonania badania:

diagnostyka kliniczna

ciąża

badanie przesiewowe

badanie z inicjatywy osoby badanej (bez skierowania lekarskiego) w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym

inny powód, jaki

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy 3. Podpis