

## Załącznik nr 4

### FORMULARZ ZGŁOSZENIA DODATNIEGO WYNIKU BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)

Nazwa i adres laboratorium <sup>1)</sup>	<b>ZLB-3</b> <b>Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV)</b>	Adresaci: <b>Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny</b> w .....
<b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego<sup>2)</sup></b>  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"/>	<b>Uwagi:</b> 1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki 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.	
<b>I. WYNIK BADANIA</b>  1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 60px; height: 15px;" type="text"/>  2. Typ wirusa <input type="checkbox"/> HIV-1 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> HIV-2</span>  3. Numer badania: .....  4. Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> western-blot <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> badanie molekularne</span>  <input type="checkbox"/> badanie immunoenzymatyczne EIA <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> inna (wisać jaka).....</span>		
<b>II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)<sup>3)</sup></b> 1. Nazwisko/INICJAŁ <sup>3)</sup> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 2. Imię/INICJAŁ <sup>3)</sup> <span style="margin-left: 150px;">3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</span> <span style="margin-left: 150px;">4. Numer PESEL</span> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu <sup>4)</sup> <span style="margin-left: 150px;">6. Płeć (M, K)<sup>3)</sup></span> <span style="margin-left: 100px;">7. Wiek<sup>3)</sup></span> <span style="margin-left: 100px;">8. Hasło</span> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 9. Obywatelstwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  Adres miejsca zamieszkania: 10. Kod pocztowy <span style="margin-left: 100px;">11. Miejscowość<sup>3)</sup></span> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  12. Województwo <span style="margin-left: 100px;">13. Powiat</span> <span style="margin-left: 100px;">14. Gmina</span> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		

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 leczzonego 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 pieczętą)

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

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