

| | | |
|--|---|---|
| Pieczęćka laboratorium: | Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych⁽¹⁾ | Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w |
| Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. ⁽²⁾ | Uwaga: (1) Nie dotyczy potwierdzeń zakażenia HIV lub prątkami chorobotwórczymi oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową zgłaszanych na odrębnych formularzach. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 24 godzin zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.). (2) Laboratoria wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797 z późn. zm.) oraz decyzją o rejestracji zakładu. (3) Wypełniają laboratoria w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisywany jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. | |
| Część I. Nr ks. rej. _____ | | |
| Część II. TERYT _____ | | |
| Część III. podmiot, który utworzył zakład _____ | | |
| Część VIII. specjalność komórki organiz. _____ | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| I. ROZPOZNANO | | 2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)/...../..... | |
| 1. Czynniki chorobotwórcze: | | | |
| Metoda dianostyczna | | | |
| <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni | <input type="checkbox"/> badanie bakteriologiczne | <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne | <input type="checkbox"/> badanie serologiczne |
| <input type="checkbox"/> badanie molekularne | <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| II. DANE CHOREGO | | | |
| 1. Nazwisko | | | |
| 2. Imię | | 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)/...../..... | |
| 4. Nr PESEL | | 5. Inny krajowy nr identyfikacyjny ⁽³⁾ | |
| 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K | | 7. Obywatelstwo | |
| Adres zamieszkania (czasowego pobytu) | | | |
| 8. Kod | | 9. Miejscowość | |
| 10. Gmina | | | |
| 11. Ulica | | 12. Nr domu | |
| | | 13. Nr lokalu | |
| Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania / czasowego pobytu) | | | |
| 14. Kod | | 15. Miejscowość | |
| 16. Gmina | | | |
| 17. Ulica | | 18. Nr domu | |
| | | 19. Nr lokalu | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| III. INNE INFORMACJE | | 1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr)/...../..... | |
| 2. Badana próba pochodziła: | | | |
| <input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala | <input type="checkbox"/> od chorego ambulatoryjnego | | |
| <input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki) | <input type="checkbox"/> była badaniem przesiewowym | | |
| 3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku ds. diagnostyki mikrobiologicznej lub serologicznej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | |
| 4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki | | | |

| | | |
|---|---------------------------|---|
| IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM | | |
| 1. Pieczęćka imienna | 2. Podpis | 3. Telefon kontaktowy (.....) |