

| | | |
|--|--|--|
| Nazwa i adres laboratorium ¹⁾ | ZLB-3 Zgłoszenie dodatniego 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 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 INICJALY 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. |
|--|---|

I. WYNIK BADANIA

1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr)
 / /

2. Typ wirusa
 HIV-1 HIV-2

3. Numer badania:

4. Metoda diagnostyczna:
 western-blot badanie wirusologiczne badanie molekularne
 badanie immunoenzymatyczne EIA inna (wpisać jaka).....

II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)³⁾

1. Nazwisko/INICJAL³⁾

2. Imię/INICJAL³⁾ 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Numer PESEL
 / /

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ 6. Płeć (M, K)³⁾ 7. Wiek³⁾ 8. Hasło

9. Obywatelstwo

Adres miejsca zamieszkania:

10. Kod pocztowy 11. Miejscowość⁵⁾
 -

12. Województwo 13. Powiat 14. Gmina

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 leczonego 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 pieczętką)

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

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail: