

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 .....
--	--	--

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego <sup>2)</sup>  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: <sup>1)</sup> W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. <sup>2)</sup> 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). <sup>3)</sup> 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. <sup>4)</sup> 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)<sup>3)</sup>**

1. Nazwisko/INICJAŁ<sup>3)</sup>

2. Imię/INICJAŁ<sup>3)</sup>  3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)  /  /  4. Numer PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup>  6. Płeć (M, K)<sup>3)</sup>   7. Wiek<sup>3)</sup>  8. Hasło

9. Obywatelstwo

Adres miejsca zamieszkania:

10. Kod pocztowy  -  11. Miejscowość<sup>3)</sup>

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: .....