

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Część II. TERYT siedziby

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Część VII. Komórka organizacyjna

--	--	--	--	--

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 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.

I. WYNIK BADANIA

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Typ wirusa

<input type="checkbox"/> HIV-1		<input type="checkbox"/> HIV-2
--------------------------------	--	--------------------------------

3. Numer badania:

4. Metoda diagnostyczna:

<input type="checkbox"/> western-blot	<input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne	<input type="checkbox"/> badanie molekularne
<input type="checkbox"/> badanie immunoenzymatyczne EIA	<input type="checkbox"/> inna (wpisać jaka).....	

II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STwierdzono dodatni wynik badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV)³⁾

1. Nazwisko/INICJAŁ³⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Imię/INICJAŁ³⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Płeć (M, K)³⁾

<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> K
----------------------------	--	----------------------------

7. Wiek³⁾

--	--	--	--	--

8. Hasło

--

9. Obywatelstwo

--

Adres miejsca zamieszkania:

10. Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--

11. Miejscowość³⁾

--

12. Województwo

--

13. Powiat

--

14. Gmina

--

15. Ulica

--

16. Numer domu

--	--	--	--	--	--	--	--

17. Numer lokalu

--	--	--	--	--	--	--	--

18.

<input type="checkbox"/> 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: