Pieczęć laboratorium	**ZLB-3** **Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV)[1)]**	Adresaci: **Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny** **w** ..... lub nazwa innego podmiotu[2)] …….. ……..

Resortowy kod identyfikacyjny laboratorium[3)]

Część I. Numer księgi rejestrowej

Część II. TERYT siedziby

Część III. Podmiot tworzący

Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej

Objaśnienia:

[1)] Zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) należy dokonać w ciągu 24 godzin od momentu uzyskania tego wyniku, zgodnie z art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947).

[2)] Należy wpisać właściwy podmiot, o którym mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz. U. poz. 459).

[3)] Laboratoria wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594).

[4)] W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wypełnić wyłącznie pola oznaczone gwiazdką.

[5)] W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wpisać INICJAŁY imienia i nazwiska lub HASŁO.

[6)] Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, i wpisać serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

[7)] W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta zamiast miejscowości należy wpisać nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania.

* Należy wypełnić w przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta, zgodnie z pkt 4,5 i 7.

I. WYNIK BADANIA

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

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

2. Numer badania: ……

3. Metoda diagnostyczna:

☐ western-blot ☐ badanie wirusologiczne ☐ badanie molekularne

☐ inna (wpisać jaka) ……..

4. Typ wirusa:

☐ HIV-1 ☐ HIV-2 ☐ nie określono

5. Podmiot leczniczy, który skierował na badanie:

Nazwa i adres podmiotu leczniczego: ……. tel. …….

Imię i nazwisko lekarza: ……. tel. …….

II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)[4)]*

1. Nazwisko[5)] *

2. Imię[5)]* **3. Data urodzenia** (dd/mm/rrrr) **4. Nr PESEL**

/ /

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu[6)] **6. Płeć** (M, K)* **7. Wiek***

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy **9. Miejscowość**[7)]*

-

10. Ulica **11. Nr domu** **12. Nr lokalu**

III. INNE INFORMACJE

1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)

/ /

2. Badana próbka pochodziła:

☐ od chorego hospitalizowanego ☐ od chorego leczonego ambulatoryjnie

Adres szpitala: ……

……

3. Powód wykonania badania:

☐ diagnostyka kliniczna ☐ ciąża ☐ badanie przesiewowe

☐ badanie z inicjatywy osoby badanej (bez skierowania lekarskiego) w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym

☐ inny powód, jaki ……

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM

1. Pieczątka imienna ..... 2. Telefon kontaktowy ..... 3. Podpis .....