

WZÓR

pieczęćka laboratorium	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV) ⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium ⁽²⁾ Część I. Nr ks. rej. _____ Część II. TERYT _____ Część III. Podmiot, który utworzył zakład _____ Część IV. Specjalność kom. organizacyjnej _____	Uwaga: ⁽¹⁾ Zgłoszenia należy przekazać w ciągu 24 godzin od chwili rozpoznania zakażenia do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego zgodnie z art. 21 ust. 3 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⁾ W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wypełnić wyłącznie pola oznaczone gwiazdką w sposób zgodny z instrukcją. ⁽⁴⁾ W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wpisać INICJAŁY imienia i nazwiska lub HASŁO. ⁽⁵⁾ Wypełniają laboratoria, w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisywany jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. ⁽⁶⁾ W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta zamiast miejscowości należy wpisać nazwę województwa. ⁽⁷⁾ W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta zamiast nazwy gminy należy wpisać MIASTO lub WIEŚ.	
I. ROZPOZNANO		
1. Zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV) Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> badanie serologiczne <input type="checkbox"/> test potwierdzenia Western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)		2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) _____ / _____ / _____
II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ ⁽³⁾		
1. Nazwisko ⁽⁴⁾ * _____		
2. Imię _____ 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) _____ / _____ / _____ 4. Nr PESEL _____		
5. Inny nr identyfikacyjny ⁽⁵⁾ _____ 6. Płeć (M, K) * <input type="checkbox"/> 7. Wiek * _____ 8. Obywatelstwo: * _____		
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)		
9. Kod pocztowy _____ - _____ 10. Miejscowość ⁽⁶⁾ * _____		
11. Gmina ⁽⁷⁾ * _____		
12. Ulica _____ 13. Nr domu _____ 14. Nr lokalu _____		
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania/czasowego pobytu)		
15. Kod pocztowy _____ - _____ 16. Miejscowość _____		
17. Gmina _____		
18. Ulica _____ 19. Nr domu _____ 20. Nr lokalu _____		
III. INNE INFORMACJE		
2. Badana próba pochodziła: <input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala <input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki)		1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> od ciężarnej <input type="checkbox"/> była badaniem przesiewowym <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku referencyjnym ds. diagnostyki HIV		
4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki zakażeń HIV		
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM		
pieczęćka imienna podpis telefon kontaktowy (.....)		