Załącznik nr 5

WZÓR

pieczątka laboratorium	**Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie kiłą, rzeżączką, nierzeżączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innymi chlamydiozami oraz rzęsistkowicą** [1]	Adresat: **Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w** ..... (lub nazwa wskazanej jednostki) .....

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 lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową 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] Wypełniają laboratoria, w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisywany jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

I. ROZPOZNANO

2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

1. Zakażenie drobnoustrojem przenoszonym drogą płciową .....

Metoda diagnostyczna:

☐ **badanie serologiczne** ☐ **badanie bakteriologiczne** ☐ **preparat bezpośredni**

☐ **inne (wpisać jakie)** ..... ☐ **materiał diagnostyczny (wpisać jaki)** .....

II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

4. Nr PESEL

5. Inny nr identyfikacyjny [3]

6. Płeć (M, K)

7. Obywatelstwo: .....

Adres zamieszkania (czasowego pobytu)

8. Kod pocztowy __ - ___

9. Miejscowość

10. Gmina

11. Ulica

12. Nr domu

13. Nr lokalu

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania/czasowego pobytu)

14. Kod pocztowy __ - ___

15. Miejscowość

16. Gmina

17. Ulica

18. Nr domu

19. Nr lokalu

III. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

2. Badana próba pochodziła:

☐ **od chorego hospitalizowanego, adres szpitala** ..... ☐ **od ciężarnej**

☐ **została pobrana z innego powodu (jaki)** ..... ☐ **była badaniem przesiewowym**

3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku referencyjnym ☐ **TAK** ☐ **NIE**

4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego .....

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM

pieczątka imienna ..... podpis ..... telefon kontaktowy (.....) .....