

- WZÓR -

Pieczęćka laboratorium	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie kiłą, rzeżączką, nierzeżączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innymi chlamydziami oraz rzeżączką⁽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: <input type="checkbox"/> badanie serologiczne <input type="checkbox"/> badanie bakteriologiczne <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)		<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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 _____	19. Nr lokalu ____	18. Nr domu ____
III. INNE INFORMACJE		1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) ____ / ____ / ____
2. Badana próba pochodziła: <input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala		<input type="checkbox"/> od ciężarnej
<input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki)		<input type="checkbox"/> była badaniem przesiewowym
3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku referencyjnym		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego		
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM		
Pieczęćka imienna podpis telefon kontaktowy (.....)		