

- WZÓR -

Pieczęćka laboratorium	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV) <sup>(1)</sup>	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w .....
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium <sup>(2)</sup>  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 i należy wpisać MIASTO lub WIES)	
<b>I. ROZPOZNANO</b> 1. Zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV) _____ 2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) _____ 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) .....		
<b>II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ <sup>(3)</sup></b> 1. Nazwisko <sup>(4)</sup> * _____ 2. Imię _____      3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) _____      4. Nr PESEL _____ 5. Inny nr identyfikacyjny <sup>(5)</sup> _____      6. Płeć (M, K) * _____      7. Wiek * _____      8. Obywatelstwo* _____ Adres zamieszkania (czasowego pobytu) 9. Kod pocztowy _____      10. Miejscowość <sup>(6)</sup> * _____ 11. Gmina <sup>(7)</sup> * _____ 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 lokalu _____      20. Nr domu _____		
<b>III. INNE INFORMACJE</b> 2. Badana próba pochodziła: <input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala ..... <input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki) ..... 3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku referencyjnym ds. diagnostyki HIV _____ 4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki zakażeń HIV ..... 1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) _____ <input type="checkbox"/> od ciężarnej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> była badaniem przesiewowym		
<b>IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM</b> Pieczęćka imienna ..... podpis ..... telefon kontaktowy ( ..... ) .....		