Załącznik Nr 4

- 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 **19. Nr lokalu** **18. Nr domu**

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 (.....) .....