

- 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 i należy wpisać MIASTO lub WIES)	
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"/> <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 lokalu ____ 20. Nr domu ____		
III. INNE INFORMACJE 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		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
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM Pieczęćka imienna podpis telefon kontaktowy (.....)		