

Nazwa i adres laboratorium ¹⁾	ZLB-1 Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych²⁾	Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej Część II. TERYT siedziby Część VII. Komórka organizacyjna 	Uwagi: ¹⁾ W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. ²⁾ Nie dotyczy dodatnich wyników badań w kierunku gruźlicy i ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) – zgłaszanych na innych formularzach. ³⁾ Wypełnić zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.). ⁴⁾ Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo nazwę i numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.	

I. WYNIK BADANIA
1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr)

/

/

2. Rozpoznany biologiczny czynnik chorobotwórczy:
3. Rodzaj badanej próbki / pobranego materiału diagnostycznego:
.....
4. Metoda diagnostyczna:

☐ preparat bezpośredni
☐ badanie stwierdzające obecność antygeny
☐ badanie stwierdzające obecność/dynamikę swoistych przeciwciał
☐ inne (wpisać jakie)

☐ izolacja

☐ badanie molekularne

II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH
1. Nazwisko
2. Imię

/

/

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

/

/

4. Numer PESEL
5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾
6. Płeć (M, K)
7. Obywatelstwo
Adres miejsca zamieszkania:
8. Kod pocztowy

-

9. Miejscowość
10. Województwo
11. Powiat
12. Gmina
13. Ulica
14. Numer domu
15. Numer lokalu
16.
☐ Brak danych w zakresie pkt 1–15

1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego)

2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego)

3. Numer prawa wykonywania zawodu

4. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:

5. Numer telefonu6. Kod pocztowy

7. Miejscowość

8. Ulica

9. Numer domu

10. Numer lokalu

IV. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)

2. Badana próbka pochodziła:

☐ od pacjenta leczonego ambulatoryjnie

☐ od pacjenta hospitalizowanego, jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala:

☐ od pacjenta na jego zlecenie

☐ Inne, jakie:.....

3. Powód wykonania badania

☐ diagnostyka kliniczna

☐ badanie pracownicze

☐ cjaża

☐ przyjęcie do szpitala☐ inne badanie przesiewowe☐ z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego☐ inny powód, jaki

V. UWAGI (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):

VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętą)

1. Imię i nazwisko 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail: