

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA WYNIKU BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)

Nazwa i adres laboratorium ¹⁾	ZLB-3 Zgłoszenie wyniku badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV)	Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego²⁾ 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⁾ 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.). ³⁾ W przypadku zastrzeżenia danych przez osobę, u której uzyskano wynik badania w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) należy wypełnić wyłącznie pola: Nazwisko i Imię – wpisując INICJAŁY nazwiska i imienia lub pole HASŁO, Wiek i Płeć, a w polu Miejscowość – nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. ⁴⁾ Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.	
I. WYNIK BADANIA 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) / / 2. Typ wirusa HIV-1 HIV-2 3. Numer badania: 4. Metoda diagnostyczna: western-blot badanie wirusologiczne badanie molekularne badanie immunoenzymatyczne EIA inna (wpisać jaka).....		
II. DANE OSOBY, U KTÓREJ UZYSKANO WYNIK BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)³⁾ 1. Nazwisko/INICJAŁ ³⁾ 2. Imię/INICJAŁ³⁾ 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / / 4. Numer PESEL 5. Numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ 6. Płeć (M, K)³⁾ 7. Wiek³⁾ 8. Hasło 9. Obywatelstwo Adres miejsca zamieszkania: 10. Kod pocztowy – 11. Miejscowość ³⁾ 12. Województwo 13. Powiat 14. Gmina		

15. Ulica 	16. Numer domu 	17. Numer lokalu
--	--	--

18. ☐ Brak danych w zakresie pkt 1–17

III. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:

1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego)

3. Numer prawa wykonywania zawodu

2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego)

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

5. Numer telefonu

6. Kod pocztowy

7. Miejscowość

8. Ulica

9. Numer domu

10. Numer lokalu

IV. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)

2. Powód wykonania badania:

☐ diagnostyka kliniczna w kierunku HIV/AIDS pacjenta leczonego ambulatoryjnie

☐ diagnostyka kliniczna w kierunku HIV/AIDS pacjenta hospitalizowanego

☐ diagnostyka kliniczna w kierunku zakażenia wertykalnego HIV/AIDS

2a. Badanie przesiewowe:

☐ przyjęcie do szpitala

☐ kobiety ciężarne

☐ pracownicze badania okresowe

☐ z ośrodków leczenia uzależnień

☐ osób osadzonych w więzieniach/aresztach

☐ pacjentów poradni chorób przenoszonych drogą płciową

2b. Badanie z inicjatywy osoby badanej:

☐ klient Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego (PKD) № ankiety PKD

☐ bez zlecenia lekarskiego

2c. Inny powód (wpisać jaki):.....

V. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (wpisać albo nanieść na dokument w formie nadruku albo pieczętki)

1. Imię i nazwisko

2. Numer prawa wykonywania zawodu:

3. Podpis

4. Telefon kontaktowy:
 5. Adres poczty elektronicznej: