

Nazwa i adres laboratorium ¹⁾	ZLB-3 Zgłoszenie dodatniego 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 stwierdzono dodatni 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 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. 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 STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)³⁾
1. Nazwisko/INICJAŁ³⁾

2. Imię/INICJAŁ³⁾

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

4. Numer PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾

6. Płeć (M, K)³⁾

7. Wiek³⁾

8. Hasło

9. Obywatelstwo

Adres miejsca zamieszkania:
10. Kod pocztowy
11. Miejscowość³⁾

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)

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 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) → Nr ankiety PKD

☐ bez zlecenia lekarskiego

2c. Inny powód (jaki):

V. 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: