

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA WYNIKU BADANIA W KIERUNKU
BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH

Nazwa i adres laboratorium ¹⁾		ZLB-1 Zgłoszenie wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych ²⁾		Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w																								
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego ³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Część II. TERYT siedziby <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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 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 numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.			
I. WYNIK BADANIA																												
1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) / /																												
2. Badany / rozpoznany biologiczny czynnik chorobotwórczy:																												
3. Rodzaj badanej próbki/pobranego materiału diagnostycznego:																												
4. Metoda diagnostyczna: preparat bezpośredni izolacja badanie molekularne badanie stwierdzające obecność antygenu badanie stwierdzające obecność/dynamikę swoistych przeciwciał inne (wpisać jakie)																												
II. DANE OSOBY, U KTÓREJ UZYSKANO WYNIK BADANIA W KIERUNKU BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH																												
1. Nazwisko																												
2. Imię		3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / /		4. Numer PESEL																								
5. Numer identyfikacyjny dokumentu ⁴⁾		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																												

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. Badana próbka pochodziła:

☐ od pacjenta leczonego ambulatoryjnie

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

☐ od pacjenta na jego zlecenie

☐ inne (wpisać jakie).....

3. Powód wykonania badania

☐ diagnostyka kliniczna

☐ badanie pracownicze

☐ ciąża

☐ przyjęcie do szpitala

☐ inne badanie przesiewowe

☐ z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego

☐ inny powód (wpisać jaki).....

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

VI. 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:

