

- WZÓR -

Pieczętka laboratorium Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium ⁽²⁾ Część I. Nr ks. rej. <input type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> Część III. Podmiot który utworzył zakład <input type="text"/> Część IV. Specjalność kom. organizacyjnej <input type="text"/>	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych ⁽¹⁾ Uwaga: (1) Nie dotyczy potwierdzeń zakażenia HIV lub prątkami chorobotwórczymi oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową zgłaszanych na odrębnych formularzach. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 24 godzin zgodnie z art. 21 ust. 1 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) Wypełniają laboratoria, w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisywany jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
I. ROZPOZNANO 1. Czynniki chorobotwórczy: 2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> badanie bakteriologiczne <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badanie serologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)		
II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ 1. Nazwisko <input type="text"/> 2. Imię <input type="text"/> 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 4. Nr PESEL <input type="text"/> 5. Inny nr identyfikacyjny ⁽³⁾ <input type="text"/> 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> 7. Obywatelstwo: Adres zamieszkania (czasowego pobytu) 8. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> 9. Miejscowość <input type="text"/> 10. Gmina <input type="text"/> 11. Ulica <input type="text"/> 12. Nr domu <input type="text"/> 13. Nr lokalu <input type="text"/> Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania /czasowego pobytu) 14. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> 15. Miejscowość <input type="text"/> 16. Gmina <input type="text"/> 17. Ulica <input type="text"/> 18. Nr domu <input type="text"/> 19. Nr lokalu <input type="text"/>		
III. INNE INFORMACJE 1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 2. Badana próba pochodziła: <input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala <input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki) <input type="checkbox"/> od chorego ambulatoryjnego <input type="checkbox"/> była badaniem przesiewowym 3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku ds. diagnostyki mikrobiologicznej lub serologicznej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki		
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM Pieczętka imienna podpis telefon kontaktowy (.....)		