

Pieczętka laboratorium	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny W
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium ⁽²⁾	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.	
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 komórki organizacyjnej <input type="text"/>		

I. ROZPOZNANO		2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
1. Czynniki chorobotwórcze:			
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="text"/>	
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"/> od chorego ambulatoryjnego	
<input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki)		<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 (.....)			