

**WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA DODATNIEGO WYNIKU BADANIA
W KIERUNKU BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH**

| | | |
|---|---|---|
| Pieczęć laboratorium | ZLB-1 Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych¹⁾ | Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w lub nazwa innego podmiotu ²⁾ |
| Resortowy kod identyfikacyjny laboratorium ³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej Część II. TERYT siedziby Część III. Podmiot tworzący Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej | Objaśnienia: ¹⁾ Zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych należy dokonać w ciągu 24 godzin od momentu uzyskania tego wyniku, zgodnie z art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947). ²⁾ Należy wpisać właściwy podmiot, o którym mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz. U. poz. 459). ³⁾ Laboratoria wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594). | |
| I. WYNIK BADANIA 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) / / | | |
| 2. Biologiczny czynnik chorobotwórczy: | | |
| 3. Badana próbka/materiał diagnostyczny: | | |
| 4. Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> izolacja <input type="checkbox"/> badanie immunologiczne <input type="checkbox"/> badanie serologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) | | |
| II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH | | |
| 1. Nazwisko | | |
| 2. Imię | 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / / | 4. Nr PESEL |
| 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu* | 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Adres miejsca zamieszkania: | | |
| 7. Kod pocztowy - | 8. Miejscowość | |
| 9. Powiat | | |
| 10. Ulica | 11. Nr domu | 12. Nr lokalu |
| <small>* Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, i wpisać serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.</small> | | |

III. INNE INFORMACJE**1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)** / / **2. Badana próbka pochodziła:** od chorego hospitalizowanego od chorego leczonego ambulatoryjnie

Adres szpitala:

.....

3. Powód wykonania badania diagnostyka kliniczna badanie pracownicze ciąża przyjęcie do szpitala inne badanie przesiewowe inny powód, jaki**4. Nazwa i adres podmiotu, do którego wysłano materiał kliniczny lub wyizolowany biologiczny czynnik chorobotwórczy (próbki) w celu przeprowadzenia dalszych badań:**

.....

.....

5. Oczekiwany kierunek i zakres dalszego badania:

.....

6. Numer identyfikacyjny materiału klinicznego lub wyizolowanego biologicznego czynnika chorobotwórczego (próbki) wysłanego w celu przeprowadzenia dalszych badań:

.....

IV. UWAGI (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):**V. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM**

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis