

Załącznik nr 2
**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 laboratorium³⁾ Część I. Numer książki rejestrowej <input type="text"/>	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).	
Część II. TERYT siedziby <input type="text"/>	I. WYNIK BADANIA 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Część III. Podmiot tworzący <input type="text"/>	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)	
Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej <input type="text"/>	II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH 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"/>
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu* <input type="text"/>		4. Nr PESEL <input type="text"/>
Adres miejsca zamieszkania: 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K		
7. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>	8. Miejscowość <input type="text"/>	
9. Powiat <input type="text"/>		
10. Ulica <input type="text"/>		11. Nr domu 12. Nr lokalu <input type="text"/> <input type="text"/>
* 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.		

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