

Nazwa i adres laboratorium <sup>1)</sup>	<b>ZLB-1</b> Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych <sup>2)</sup>	Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny W .....
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego <sup>3)</sup> Część I. Numer księgi rejestrowej <b>010101010210124</b> Część II. TERYT siedziby <b>1608034</b> Część VII. Komórka organizacyjna <b>7120</b>	Uwagi: 1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. 2) Nie dotyczy dodatnich wyników badań w kierunku gruźnicy i ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) – zgłaszanych na innych formularzach. 3) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173). 4) Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo nazwę i numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.	
<b>I. WYNIK BADANIA</b> 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 2. Rozpoznany biologiczny czynnik chorobotwórczy: ..... 3. Rodzaj badanej próbki / pobranego materiału diagnostycznego: ..... 4. Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> izolacja <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> badanie stwierdzające obecność antygenu <input type="checkbox"/> badanie stwierdzające obecność/dynamikę swoistych przeciwciał <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) .....		
<b>II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STwierdzono dodatni wynik badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych</b> 1. Nazwisko <input type="text"/> 2. Imię <input type="text"/> 3. Data urodzenia (dd/mm/rrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 4. Numer PESEL <input type="text"/> 5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu <sup>4)</sup> <input type="text"/> 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> 7. Obywatelstwo <input type="text"/> Adres miejsca zamieszkania: 8. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> 9. Miejscowość <input type="text"/> 10. Województwo <input type="text"/> 11. Powiat <input type="text"/> 12. Gmina <input type="text"/> 13. Ulica <input type="text"/> 14. Numer domu <input type="text"/> 15. Numer lokalu <input type="text"/> 16. <input type="checkbox"/> 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, jakie:.....

3. Powód wykonania badania

diagnostyka kliniczna

badanie pracownicze

ciąża

przyjęcie do szpitala

inne badanie przesiewowe

z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego

inny powód, jaki .....

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

.....

**VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ** (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

1. Imię i nazwisko ..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: ..... 3. Podpis .....

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....