

**1563****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 8 września 2005 r.

**w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań laboratoryjnych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz sposobu ich przekazywania**

Na podstawie art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się:

- 1) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, określonych w wykazie, o którym mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zaka-

żenie gruźlicą, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;

- 3) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV), stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie kiłą, rzeżączką, nierzeżączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innymi chlamydiozami oraz rzęsistkowicą, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 2. 1. Formularze zgłoszeń, określone w § 1, kierownik laboratorium wykonującego badania mikrobiologiczne, serologiczne i molekularne:

- 1) przesyła pocztą, w kopertach opatrzonych wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy lub
- 2) przesyła elektronicznie, jeżeli pozwalają na to techniczne możliwości nadawcy i odbiorcy w formie przesyłek kodowanych, lub

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 134, poz. 1439).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 199, poz. 1938 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135.

3) przekazuje bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem

— w sposób zapewniający pełną ochronę przed ujawnieniem zawartych w formularzu informacji.

2. Przy przesyłaniu formularzy zgłoszeń, o których mowa w § 1, stosuje się odpowiednio przepisy o udostępnianiu dokumentacji medycznej wydane na pod-

stawie art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.<sup>3)</sup>).

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *M. Balicki*

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1401, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 164, poz. 1365 i Nr 169, poz. 1420.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 8 września 2005 r. (poz. 1563)

Załącznik nr 1

WZÓR

Pieczęćka laboratorium	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych <sup>(1)</sup>	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w .....
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium <sup>(2)</sup>		Uwaga: <sup>(1)</sup> Nie dotyczy potwierdzeń zakażenia HIV lub prątkami chorobotwórczymi oraz zakażeń przenoszonych drogą pokojową 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 128, poz. 1384, z późn. zm.) <sup>(2)</sup> 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. 1787, z późn. zm.) oraz decyzją o rejestracji zakładu. <sup>(3)</sup> 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 style="width: 80px;" type="text"/>	
Część II. TERYT	<input style="width: 80px;" type="text"/>	
Część III. Podmiot, który utworzył zakład	<input style="width: 80px;" type="text"/>	
Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej	<input style="width: 80px;" type="text"/>	
I. ROZPOZNANO		2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)
1. Czynniki chorobotwórczy: .....		<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Metoda diagnostyczna:		
<input type="checkbox"/> preparat bezpośredni	<input type="checkbox"/> badanie bakteriologiczne	<input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne
<input type="checkbox"/> badanie molekularne	<input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) .....	<input type="checkbox"/> badanie serologiczne
II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ		
1. Nazwisko		
<input style="width: 950px; height: 1.2em;" type="text"/>		
2. Imię	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	4. Nr PESEL
<input style="width: 380px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/> / <input style="width: 100px;" type="text"/> / <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>
5. Inny nr identyfikacyjny <sup>(3)</sup>	6. Płeć (M, K)	7. Obywatelstwo: .....
<input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	.....
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)		
8. Kod pocztowy	9. Miejscowość	
<input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 480px;" type="text"/>	
10. Gmina		
<input style="width: 580px;" type="text"/>		
11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu
<input style="width: 580px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania /czasowego pobytu)		
14. Kod pocztowy	15. Miejscowość	
<input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 480px;" type="text"/>	
16. Gmina		
<input style="width: 580px;" type="text"/>		
17. Ulica	18. Nr domu	19. Nr lokalu
<input style="width: 580px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>
III. INNE INFORMACJE		
2. Badana próba pochodziła:		
<input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala .....	<input type="checkbox"/> od chorego ambulatoryjnego	<input type="checkbox"/> była badaniem przesiewowym
<input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki) .....		
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		
Pieczęćka imienna ..... podpis ..... telefon kontaktowy (.....) .....		

## Załącznik nr 2

## WZÓR

Pieczęćka laboratorium	<b>Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie gruźlicą<sup>(1)</sup></b>	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w ..... (lub nazwa wskazanej jednostki)
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium <sup>(2)</sup>	<b>Uwaga:</b> <sup>(1)</sup> Zgłoszenia należy przekazać w ciągu 24 godzin od chwili rozpoznania zakażenia do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie gruźlicy i chorób płuc zgodnie z art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.). <sup>(2)</sup> 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. <sup>(3)</sup> 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.      _____ Część II. TERYT      _____ Część III. Podmiot, który utworzył zakład      _____ Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej      _____		
<b>I. ROZPOZNANO</b>		
1. Prątki chorobotwórcze .....		2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) ____ / ____ / _____
Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> hodowla <input type="checkbox"/> badanie serologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) .....      materiał diagnostyczny (wpisać jaki) .....		
<b>II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ</b>		
1. Nazwisko _____		
2. Imię _____		3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) ____ / ____ / _____
4. Nr PESEL _____		
5. Inny nr identyfikacyjny <sup>(3)</sup> _____		6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Obywatelstwo: .....		
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)		
8. Kod pocztowy ____ - _____		9. Miejscowość _____
10. Gmina _____		
11. Ulica _____		12. Nr domu      13. Nr lokalu ____      _____
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania /czasowego pobytu)		
14. Kod pocztowy ____ - _____		15. Miejscowość _____
16. Gmina _____		
17. Ulica _____		18. Nr domu      19. Nr lokalu ____      _____
<b>III. INNE INFORMACJE</b>		
2. Badana próba pochodziła:		1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) ____ / ____ / _____
<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 referencyjnym ds. diagnostyki gruźlicy		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki gruźlicy .....		
<b>IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM</b>		
Pieczęćka imienna ..... podpis ..... telefon kontaktowy ( ..... ) .....		

## WZÓR

Pieczęćka laboratorium		Formularz zgłoszenia dodatkowego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV) <sup>(1)</sup>	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w .....
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium <sup>(2)</sup>		Uwaga: <sup>(1)</sup> Zgłoszenia należy przekazać w ciągu 24 godzin od chwili rozpoznania zakażenia do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego zgodnie z art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.). <sup>(2)</sup> 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. <sup>(3)</sup> W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wypełnić wyłącznie pola oznaczone gwiazdką w sposób zgodny z instrukcją. <sup>(4)</sup> W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wpisać INICJAŁY imienia i nazwiska lub HAŚŁO. <sup>(5)</sup> Wypełniają laboratoria, w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisywany jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. <sup>(6)</sup> W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta zamiast miejscowości należy wpisać nazwę województwa. <sup>(7)</sup> W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta zamiast nazwy gminy należy wpisać MIASTO lub WIEŚ.	
Część I. Nr ks. rej.      _____			
Część II. TERYT      _____			
Część III. Podmiot, który utworzył zakład      _____			
Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej      _____			
<b>I. ROZPOZNANO</b>		<b>2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)</b>	
1. Zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV)		_____ / _____ / _____	
Metoda diagnostyczna:			
<input type="checkbox"/> badanie serologiczne <input type="checkbox"/> test potwierdzenia Western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne			
<input type="checkbox"/> Inne (wpisać jakie) .....			
<b>II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ <sup>(3)</sup></b>			
1. Nazwisko <sup>(4)</sup> *			
_____			
2. Imię		3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	
_____		_____ / _____ / _____	
4. Nr PESEL		_____	
_____		_____	
5. Inny nr identyfikacyjny <sup>(5)</sup>		6. Płeć (M, K) *      7. Wiek *	
_____		_____	
8. Obywatelstwo *		_____	
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)			
9. Kod pocztowy      10. Miejscowość <sup>(6)</sup> *			
_____ - _____		_____	
11. Gmina <sup>(7)</sup> *			
_____			
12. Ulica		13. Nr domu      14. Nr lokalu	
_____		_____      _____	
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania /czasowego pobytu)			
15. Kod pocztowy      16. Miejscowość			
_____ - _____		_____	
17. Gmina			
_____			
18. Ulica		19. Nr domu      20. Nr lokalu	
_____		_____      _____	
<b>III. INNE INFORMACJE</b>			
2. Badana próba pochodziła:		1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr)	
<input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala .....		_____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki) .....		<input type="checkbox"/> od ciężarnej	
3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku referencyjnym ds. diagnostyki HIV		<input type="checkbox"/> była badaniem przesiewowym	
		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki zakażeń HIV .....			
<b>IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM</b>			
Pieczęćka imienna .....		podpis .....	
		telefon kontaktowy (.....) .....	

