

1562**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ŚRODOWISKA¹⁾**

z dnia 13 września 2005 r.

w sprawie wyznaczenia Krajowego Administratora Systemu Handlu Uprawnieniami do Emisji

Na podstawie art. 9 ust. 4 ustawy z dnia 22 grudnia 2004 r. o handlu uprawnieniami do emisji do powietrza gazów cieplarnianych i innych substancji (Dz. U. Nr 281, poz. 2784) zarządza się, co następuje:

§ 1. Instytut Ochrony Środowiska z siedzibą w Warszawie wyznacza się na Krajowego Admi-

nistratora Systemu Handlu Uprawnieniami do Emisji.

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

Minister Środowiska: *T. Podgajniak*

¹⁾ Minister Środowiska kieruje działem administracji rządowej — środowisko, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Środowiska (Dz. U. Nr 134, poz. 1438).

1563**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 8 września 2005 r.

w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń dodatknych 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się:

- 1) wzór formularza zgłoszenia dodatknego 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 dodatknego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zaka-

żenie gruźlicą, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;

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

¹⁾ 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).

²⁾ 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.³⁾).

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

Minister Zdrowia: *M. Balicki*

³⁾ 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.

WZÓR

Pieczęćka laboratorium Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium ⁽²⁾ Część I. Nr ks. rej. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Część II. TERYT <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Część III. Podmiot, który utworzył zakład <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie gruźlicą⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w (lub nazwa wskazanej jednostki)
<p>Uwaga:</p> <p>(¹) 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.).</p> <p>(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.</p> <p>(³) Wypełniają laboratoria, w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisujący jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.</p>		
<p>I. ROZPOZNANO</p> <p>1. Prątki chorobotwórcze 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)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>		
<p>II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ</p> <p>1. Nazwisko <input type="text" value=""/></p> <p>2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>5. Inny nr identyfikacyjny⁽³⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>Adres zamieszkania (czasowego pobytu) 8. Kod pocztowy 9. Miejscowość <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>10. Gmina <input type="text" value=""/></p> <p>11. Ulica 12. Nr domu 13. Nr lokalu <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania /czasowego pobytu) 14. Kod pocztowy 15. Miejscowość <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>16. Gmina <input type="text" value=""/></p> <p>17. Ulica 18. Nr domu 19. Nr lokalu <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>		
<p>III. INNE INFORMACJE</p> <p>2. Badana próba pochodziła: <input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala <input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki)</p> <p>3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku referencyjnym ds. diagnostyki gruźlicy <input type="checkbox"/> od chorego ambulatoryjnego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> była badaniem przesiewowym</p> <p>4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki gruźlicy</p>		
<p>IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM</p> <p>Pieczęćka imienna podpis telefon kontaktowy (.....)</p>		

WZÓR

Pieczętka laboratorium	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie kiłą, rzeżączką, nierzeżączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innymi chlamydiozami oraz rzęsistkowicą⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w (lub nazwa wskazanej jednostki)
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium ⁽²⁾	Uwaga: (1) 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 chorób przenoszonych drogą płciową, 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.). (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. _____		
Część II. TERYT _____		
Część III. Podmiot, który utworzył zakład _____		
Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej _____		
I. ROZPOZNANO		
1. Zakażenie drobnoustrojem przenoszonym drogą płciową		2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) ____/____/____
Metoda diagnostyczna:		
<input type="checkbox"/> badanie serologiczne <input type="checkbox"/> badanie bakteriologiczne <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni		
<input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) <input type="checkbox"/> materiał diagnostyczny (wpisać jaki)		
II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ		
1. Nazwisko		

2. Imię		3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
_____		____/____/____
4. Nr PESEL		

5. Inny nr identyfikacyjny ⁽³⁾	6. Płeć (M, K)	7. Obywatelstwo:
_____	<input type="checkbox"/>
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
_____	____	____
III. INNE INFORMACJE		
2. Badana próba pochodziła:		1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) ____/____/____
<input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala		<input type="checkbox"/> od ciężarnej
<input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki)		<input type="checkbox"/> była badaniem przesiewowym
3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku referencyjnym		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego		
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM		
Pieczętka imienna podpis telefon kontaktowy (.....)		