

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 17 października 2007 r.

w sprawie rodzaju biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań laboratoryjnych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, okoliczności dokonywania zgłoszeń oraz trybu 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. Rozporządzenie określa:

1) rodzaje biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, typy badań laboratoryjnych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, które dały dodatni wynik, oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń, stanowiące załącznik nr 1 do rozporządzenia;

2) tryb przekazywania zgłoszeń dodatnich wyników badań laboratoryjnych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych;

3) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;

4) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie gruźlicą, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;

5) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV), stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia;

6) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie kiłą, rzeżączką, nierzeżączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innymi chlamydziozami oraz rżęstkowicą, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 199, poz. 1938, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135 oraz z 2006 r. Nr 220, poz. 1600.

§ 2. Formularze zgłoszeń określone na podstawie § 1 pkt 3—6 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
 - 3) przekazuje bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem
- w sposób zapewniający pełną ochronę przed ujawnieniem zawartych w formularzu informacji.

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

Minister Zdrowia: w z. *B. Piecha*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2005 r. w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań laboratoryjnych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz sposobu ich przekazywania (Dz. U. Nr 186, poz. 1563), które na podstawie art. 34 pkt 1 lit. b w związku z art. 45 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o zmianie i uchyleniu niektórych upoważnień do wydawania aktów wykonawczych (Dz. U. Nr 220, poz. 1600) utraciło moc z dniem 1 stycznia 2007 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 17 października 2007 r. (poz. 1467)

Załącznik nr 1

RODZAJE BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBTWÓRCZYCH PODLEGAJĄCYCH ZGŁOSZENIU,
TYPY BADAŃ LABORATORYJNYCH W KIERUNKU BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBTWÓRCZYCH,
KTÓRE DAŁY DODATNI WYNIK, ORAZ OKOLICZNOŚCI DOKONYWANIA ZGŁOSZEŃ

Lp.	Biologiczny czynnik chorobotwórczy	Typ badania laboratoryjnego, które dało dodatni wynik	Okoliczności dokonania zgłoszenia
1	2	3	4
1	<i>Bacillus anthracis</i> (laseczka wąglika)	na obecność laseczki wąglika: - badanie bakteriologiczne - próba biologiczna	každorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
2	<i>Bordetella pertussis</i> (pałeczka krztuśca)	na obecność pałeczki krztuśca - badanie bakteriologiczne na obecność swoistych przeciwciał - badanie serologiczne	každorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
3	<i>Chlamydia trachomatis</i>	na obecność chlamydii - wykrywanie swoistych antygenów	každorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
4	<i>Clostridium botulinum</i> (laseczka jadu kiełbasianego)	na obecność toksyny botulinowej: - próba biologiczna - badania serologiczne	každorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
5	<i>Clostridium perfringens</i> (laseczka zgorzeli gazowej)	na obecność laseczki zgorzeli gazowej - badania bakteriologiczne	každorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
6	<i>Corynebacterium diphtheriae</i> (maczugowiec błonicy)	na obecność maczugowców błonicy - badania bakteriologiczne	každorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym

1	2	3	4
7	Enterowirus typ 72 wywołujący nagminne porażenie dziecięce (wirus polio)	na obecność wirusa polio: - badania wirusologiczne - badania molekularne	každorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym (wymaga weryfikacji typ wirusa)
8	Enterococcus faecalis lub faecium odporne na glikopeptydy (VRE)	na obecność enterokoków - badanie bakteriologiczne + ocena wrażliwości na antybiotyki	každorazowo w przypadku potwierdzenia wankomycynooporności szczepu stwierdzonego w materiale klinicznym
9	Escherichia coli O157 (enterokrwotoczne szczepy pałeczki okrężnicy)	Na obecność pałeczki okrężnicy - badania bakteriologiczne + typowanie serologiczne	každorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
10	Francisella tularensis (pałeczka tularemii)	na obecność pałeczki tularemii - badania bakteriologiczne	každorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
		na obecność swoistych przeciwciał - badania serologiczne	w przypadku wysokiego miana przeciwciał lub znamiennego wzrostu miana
11	HIV typ 1 i 2 – wirus ludzkiego upośledzenia odporności	na obecność wirusa: - badania wirusologiczne - badania molekularne na obecność swoistych przeciwciał - badania serologiczne	w przypadku pierwszorazowego stwierdzenia obecności wirusa, materiału genetycznego lub swoistych przeciwciał w materiale klinicznym (niezależnie, czy rozpoznano typ wirusa)
12	Legionella pneumophila (pałeczka legionelozy)	na obecność pałeczek z rodzaju <i>Legionella</i> - badania bakteriologiczne	každorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
		na obecność antygenów <i>Legionella pneumophila</i> w moczu	
		na obecność swoistych przeciwciał - badania serologiczne	w przypadku wysokiego miana przeciwciał lub znamiennego wzrostu miana

1	2	3	4
13	Mycobacterium tuberculosis (prątki gruźlicy) i inne prątki chorobotwórcze	na obecność prątków: - badanie mykobakteriologiczne - badanie molekularne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia prątków w płwocinie (gruźlica prątkująca)
		- ocena lekowrażliwości	każdorazowo w przypadku stwierdzenia prątków lekoopornych
14	Mycoplasma pneumomoniae	na obecność swoistych przeciwciał - badania serologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
15	Neisseria meningitidis (dwoinka zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)	na obecność szczepów dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych - badanie bakteriologiczne + typowanie serologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym (wymaga weryfikacji w ośrodku referencyjnym)
16	Neisseria gonorrhoe (dwoinka rzeżączki)	na obecność dwoinki rzeżączki - badanie bakteriologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
17	Salmonella Typhi (pałeczka duru brzuszego)	na obecność pałeczek duru brzuszego - badanie bakteriologiczne + typowanie serologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
18	Salmonella Paratyphi A, B i C (pałeczki durów rzekomych A, B i C)	na obecność pałeczek durów rzekomych - badanie bakteriologiczne + typowanie serologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
19	Pałeczki Salmonella (odzwierzęce typy serologiczne)	na obecność pałeczek <i>Salmonella</i> - badanie bakteriologiczne + typowanie serologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
20	Shigella sonnei i pozostałe gatunki (pałeczka czerwonki)	na obecność pałeczek czerwonki - badanie bakteriologiczne + typowanie serologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
21	Staphylococcus aureus (gronkowiec złocisty) oporny na glikopeptydy (VISA lub VRSA)	na obecność gronkowca złocistego - badanie bakteriologiczne + ocena wrażliwości na antybiotyki	każdorazowo w przypadku potwierdzenia wankomycynooporności szczepu stwierdzonego w materiale klinicznym
22	Streptococcus pneumoniae (dwoinka zapalenia płuc) oporny na cefalosporyny III generacji lub penicylinę	na obecność dwoinki zapalenia płuc (pneumokoków) - badanie bakteriologiczne + ocena wrażliwości na antybiotyki	każdorazowo w przypadku potwierdzenia oporności na cefalosporyny III generacji lub penicylinę szczepu stwierdzonego w materiale klinicznym

1	2	3	4
23	<i>Vibrio cholerae</i> (przecinkowiec cholery)	na obecność przecinkowca cholery - badanie bakteriologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
24	Wirus grypy i paragrypy	na obecność wirusa grypy: - badania wirusologiczne - badania molekularne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym (nie dotyczy powtarzanych dodatnich wyników badań w czasie epidemii grypy)
25	Wirus odry	na obecność wirusa odry: - badania wirusologiczne na obecność swoistych przeciwciał w klasie IgM - badanie serologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
26	Wirus wścieklizny	na obecność wirusa wścieklizny: - badania wirusologiczne - badanie molekularne na obecność swoistych przeciwciał - badanie serologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym
27	<i>Yersinia pestis</i> (pałeczka dżumy)	na obecność pałeczki dżumy - badanie bakteriologiczne na obecność swoistych przeciwciał - badania serologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia w materiale klinicznym (wymaga weryfikacji w ośrodku referencyjnym)
28	<i>Treponema pallidum</i> (krętek błądy)	na obecność krętków kiły - badania bakteriologiczne na obecność przeciwciał - badania serologiczne	każdorazowo w przypadku stwierdzenia obecności krętków kiły i/lub pierwszorazowe stwierdzenie obecności przeciwciał

WZÓR

pieczęćka laboratorium	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium ⁽²⁾ Część I. Nr ks. rej. <input type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> Część III. Podmiot, który utworzył zakład <input type="text"/> Część IV. Specjalność kom. organizacyjnej <input type="text"/>	Uwaga: ⁽¹⁾ Nie dotyczy potwierdzeń zakażenia HIV lub prątkami chorobotwórczymi oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową 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 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, wpisujący jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.	
I. ROZPOZNANO		
1. Czynniki chorobotwórcze:		2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input type="text"/>
Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> badanie bakteriologiczne <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badanie serologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)		
II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ		
1. Nazwisko <input type="text"/>		
2. Imię <input type="text"/>	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input type="text"/>	4. Nr PESEL <input type="text"/>
5. Inny nr identyfikacyjny ⁽³⁾ <input type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input type="text"/>	7. Obywatelstwo:
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)		
8. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>	9. Miejscowość <input type="text"/>	
10. Gmina <input type="text"/>		
11. Ulica <input type="text"/>	12. Nr domu <input type="text"/>	13. Nr lokalu <input type="text"/>
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania/czasowego pobytu)		
14. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>	15. Miejscowość <input type="text"/>	
16. Gmina <input type="text"/>		
17. Ulica <input type="text"/>	18. Nr domu <input type="text"/>	19. Nr lokalu <input type="text"/>
III. INNE INFORMACJE		
2. Badana próba pochodziła: <input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala		1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> od chorego ambulatoryjnego
<input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki)		<input type="checkbox"/> była badaniem przesiewowym
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 (.....)		

WZÓR

pieczętka laboratorium	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV) ⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w
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 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⁾ W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wypełnić wyłącznie pola oznaczone gwiazdką w sposób zgodny z instrukcją. ⁽⁴⁾ W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wpisać INICJJAŁY imienia i nazwiska lub HASŁO. ⁽⁵⁾ Wypełniają laboratoria, w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisywany jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. ⁽⁶⁾ W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta zamiast miejscowości należy wpisać nazwę województwa. ⁽⁷⁾ 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 kom. organizacyjnej _____		
I. ROZPOZNANO		
1. Zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV)		2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) _____
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)		
II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ ⁽³⁾		
1. Nazwisko ⁽⁴⁾ * _____		
2. Imię _____ 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) _____ / _____ / _____ 4. Nr PESEL _____		
5. Inny nr identyfikacyjny ⁽⁵⁾ _____ 6. Płeć (M, K) * <input type="checkbox"/> 7. Wiek * _____ 8. Obywatelstwo: * _____		
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)		
9. Kod pocztowy _____ - _____ 10. Miejscowość ⁽⁶⁾ * _____		
11. Gmina ⁽⁷⁾ * _____		
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 _____		
III. INNE INFORMACJE		
		1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) _____
2. Badana próba pochodziła:		
<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 ds. diagnostyki HIV <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki zakażeń HIV		
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM		
pieczętka imienna podpis telefon kontaktowy (.....)		

WZÓR

pieczętka laboratorium	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie kiłą, rzeżączką, nierzeżączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innymi chlamydiozami oraz rzeżączką⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w (lub nazwa wskazanej jednostki)
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium⁽²⁾ Część I. Nr ks. rej. Część II. TERYT Część III. Podmiot, który utworzył zakład Część IV. Specjalność kom. organizacyjnej 	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.	
I. ROZPOZNANO		
1. Zakażenie drobnoustrojem przenoszonym drogą płciową Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> badanie serologiczne <input type="checkbox"/> badanie bakteriologiczne <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> inne (wpisać jaki) <input type="checkbox"/> materiał diagnostyczny (wpisać jaki)		2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) / /
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) <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
III. INNE INFORMACJE		
2. Badana próba pochodziła: <input type="checkbox"/> od chorego hospitalizowanego, adres szpitala <input type="checkbox"/> została pobrana z innego powodu (jaki)		1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) / / <input type="checkbox"/> od ciężarnej <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 (.....)		