

**SKIEROWANIE NA TEST POTWIERDZENIA
OBECNOŚCI PRZECIWCIAŁ ANTY-HIV I/II METODĄ WESTERN BLOT**

Imię pacjenta *1)

Nazwisko pacjenta *1)

PESEL *2)

Obywatelstwo : polskie inne (jakie?).....

Adres zamieszkania

*1) *W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta:*

1. Inicjały imienia i nazwiska

lub hasło

2. Rok urodzenia

3. Płeć: mężczyzna kobieta

4. Obywatelstwo : polskie inne (jakie?).....

5. Województwo właściwe ze względu na miejsce zamieszkania:

.....

6. Nazwa powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania:

.....

*2) *W przypadku nie nadania nr PESEL należy wpisać nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.*

Uwagi dla laboratorium

WYNIK BADANIA TESTU PRZESIEWOWEGO W KIERUNKU HIV:

dodatni ujemny Data wykonania.....

Producent.....

UWAGA!

Należy pamiętać, że ujemny wynik badania przeciwciał anty-HIV, nie świadczy o braku zakażenia wirusem (okno serologiczne). W przypadku osób z grupy ryzyka z pozytywnym wywiadem, wskazane jest powtórzenie oznaczeń przeciwciał anty-HIV po okresie ok. 3 miesięcy.

Data badania.....

