

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej UKSW)

.....
(miejscowość, data)

**ZLECENIE WYKONANIA CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH
PO EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ
NA MATERIAŁ POTENCJALNIE ZAKAŹNY (HIV/HBV/HCV)**

1. Informacja o ekspozowanym:

1) Imię i nazwisko:
(imię i nazwisko)

2) Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Data urodzenia*)

3) Nazwa jednostki organizacyjnej:

4) Status ekspozowanego:**

- a) pracownik,
- b) osoba fizyczna wykonująca pracę na innej podstawie niż stosunek pracy,
- c) doktorant,
- d) student,
- e) słuchacz studiów podyplomowych,
- f) uczestnik innych form kształcenia,
- g) uczeń niebędący pracownikiem,
- h) wolontariusz,
- i) osoba prowadząca działalność gospodarczą na własny rachunek pod nadzorem UKSW lub w miejscu wyznaczonym przez UKSW.

5) Data i godzina ekspozycji zawodowej:

2. Informacja o materiale potencjalnie zakaźnym, z którym miał kontakt ekspozowany:**

- 1) krew i każdy materiał biologiczny zawierający krew;
- 2) nasienie, wydzielina pochwowa, mleko kobiece, maź stawowa;
- 3) płyny: mózgowo-rdzeniowy, osierdziowy, otrzewnowy, opłucnowy, owodniowy;
- 4) komórki, hodowle tkankowe lub pożywki zawierające HIV/HBV/HCV;
- 5) narzędzia i przedmioty zanieczyszczone krwią.

.....
(pieczęć i podpis kierownika jednostki organizacyjnej
lub osoby przez niego upoważnionej)

* wypełnić w przypadku braku numeru PESEL

** właściwe podkreślić