



**WARSZAWSKI
UNIwersYTET
MEDYCZNY**

(pieczętka jednostki WUM)

ZLECENIE WYKONANIA PROCEDURY POEKSPozyCYJNEJ

1. Imię i nazwisko oraz PESEL osoby kierowanej na wdrożenie procedury poekspozycyjnej
.....
2. Zatrudniony w WUM na podstawie*
(umowy o pracę, wolontariat, zlecenie, staż)
3. Studiujący na Wydziale*.....
4. Krótki opis zdarzenia:
.....
.....
.....
.....
5. Informacje dotyczące źródła zakażenia
.....
6. Inne ewentualne informacje

Oświadczamy, że jest to :„Materiał pobrany od pacjenta z powodu możliwości zakażenia HIV,HBV lub HCV”.

(pieczętka i podpis przełożonego)

* - właściwe wypełnić