



**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