SPITAL JUDETEAN DE URGENTA BUZAU

FISA DE DECLARARE A SUSPICIUNII DE INFECTIE HIV/SIDA

Unitatea care a efectuat testul…………………………………………………….

Judet…………………………

Data testarii pozitiive………………………….

Test rapid ELISA………………………………..

Data declararii la DSP………………………………

Nume si prenume ( SE TREC DOAR INITIALELE)……

CNP…………………………………………………………………….

Sex…………..

Domiciliul declarat………………………………..

Testare la cerere DA NU

Daca NU medicul/ unitatea/sectia care a solicitat testarea………………………………………………………..

 MEDIC ( semnatura si parafa)………………………………………………………