



wstrzyknięcie narkotyku       wertykalna       transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych  
 jatrogenna       inna (jaka?) .....

**4. Chorego objęto leczeniem/skierowano do\*** .....

\* Niepotrzebne skreślić.

**IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA**

1. Pieczętka imienna ..... 2. Telefon kontaktowy: ..... 3. Podpis.....