

**Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C
w Województwie Kujawsko-Pomorskim w 2020r.**

Wynik badania nr

nr samorządu / numer porządkowy pacjenta

Imię i Nazwisko:

Numer PESEL

Data badania

ag HBs	anty HCV
---------------	-----------------

badanie wykonał(a)

badanie zatwierdził(a)

interpretacja wyniku:

- **agHBs - ujemny** (niereaktywny) oznacza, że w Pani/Pana krwi **nie stwierdzono** obecności wirusa HBV powodującego wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B).
- **agHBs - dodatni** (reaktywny) oznacza, że w Pani/Pana krwi **stwierdzono** obecność wirusa HBV powodującego wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B).
Proszę zgłosić się z niniejszym wynikiem do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, od którego otrzyma Pani/Pan skierowanie do Poradni Chorób Wątroby.
- **Anty HCV - ujemny** (niereaktywny) oznacza, że w Pani/Pana krwi **nie stwierdzono** obecności wirusa HCV powodującego wirusowe zapalenie wątroby typu C (wzw C).
- **Anty HCV - dodatni** (reaktywny) oznacza, że w Pani/Pana krwi **stwierdzono** obecność wirusa HCV powodującego wirusowe zapalenie wątroby typu C (wzw C).
Proszę zgłosić się z niniejszym wynikiem do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, od którego otrzyma Pani/Pan skierowanie do Poradni Chorób Wątroby.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016r. informacja o administratorze danych osobowych i inspektorze ochrony danych osobowych znajduje się u realizatora Programu.



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

Dofinansowano z budżetu
Samorządu Województwa
Kujawsko-Pomorskiego