

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNANIA GRUŹLICY

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-2 Zgłoszenie rozpoznania gruźlicy	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input type="text"/>	Uwagi: 1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. 2) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173). 3) Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo nazwę, numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. (*) Niepotrzebne skreślić.	
I. ROZPOZNANIE 1. Kod ICD-10 <input type="text"/> - <input type="text"/> 2. Określenie słowne _____ 3. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
II. DANE PACJENTA 1. Nazwisko <input type="text"/> 2. Imię <input type="text"/> 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 4. Nr PESEL <input type="text"/> 5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu ³⁾ <input type="text"/> 6. Płeć (M, K) <input type="text"/> 7. Obywatelstwo <input type="text"/> 8. Kraj urodzenia <input type="text"/> 9. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10-13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość) Adres miejsca zamieszkania: 10. Województwo <input type="text"/> 11. Powiat <input type="text"/> 12. Gmina <input type="text"/> 13. Miejscowość <input type="text"/> 14. Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> 15. Ulica <input type="text"/> 16. Nr domu <input type="text"/> 17. Nr lokalu <input type="text"/> 18. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę): Telefon kontaktowy:..... E-mail:.....		
III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE 1. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby: a) płucna nowe zachorowanie <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) wznowa <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) b) pozapłucna nowe zachorowanie <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) wznowa <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-)		

2. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)

3. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe
 nieleczony
 leczony prawidłowo
 leczony nieprawidłowo
 brak danych
4. Szczepienia BCG
 wykonano
 nie wykonano
5. Odczyn tuberkulinowy (OT)
 wykonano
 nie wykonano
 wynik testu IGRA (+)
 wynik testu IGRA (-)
6. Liczba osób współzamieszkujących.....**7. Styczność z gruźlicą czynną**
 aktualna
 zakończona, rok:.....
 nie stwierdzono styczności
 brak danych
8. Badania bakteriologiczne płwociny**a) bakterioskopia/rozmaz^(*)**
 wynik (+)
 wynik (-)
 wykonano, brak wyników
 nie wykonano
b) posiew/hodowla^(*)
 wynik (+)
 wynik (-)
 wykonano, brak wyników
 nie wykonano
9. Badanie histopatologiczne
 wykonano
 potwierdzono gruźlicę
 nie potwierdzono gruźlicy
 nie wykonano
10. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie).....**11. Okoliczności wykrycia chorego na gruźlicę:**
 z objawów klinicznych
 ze styczności z chorym
 przy hospitalizacji
 w badaniu sekcyjnym

 w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym)

 w innych badaniach profilaktycznych (np. badania wstępne, okresowe)

 w innych badaniach
12. Kontakt ze zwierzętami
 Tak
 Nie
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

1. Imię i nazwisko..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail: