

| | | |
|--|--|--|
| Nazwa i adres laboratorium ¹⁾ | ZLB-2 Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku gruźlicy | Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w |
| Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej Część II. TERYT siedziby Część VII. Komórka organizacyjna | 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 i numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. | |
| I. WYNIK BADANIA | | |
| 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) / / 2. Rozpoznane prątki chorobotwórcze: 3. Rodzaj badanej próbki / pobranego materiału diagnostycznego: 4. Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> hodowla <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) | | |
| II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU GRUŹLICY | | |
| 1. Nazwisko | | |
| 2. Imię | 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / / | 4. Numer PESEL |
| 5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu ³⁾ | 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> | 7. Obywatelstwo |
| Adres miejsca zamieszkania: | | |
| 8. Kod pocztowy - | 9. Miejscowość | |
| 10. Województwo | 11. Powiat | 12. Gmina |
| 13. Ulica | 14. Numer domu | 15. Numer lokalu |
| 16. <input type="checkbox"/> Brak danych w zakresie pkt 1–15 | | |

III. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:

1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego)

2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego)

3. Numer prawa wykonywania zawodu

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:

5. Numer telefonu

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

6. Kod pocztowy

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | - | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|

7. Miejscowość

8. Ulica

9. Numer domu

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

10. Numer lokalu

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

IV. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | / | | | | | | / | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|

2. Badana próbka pochodziła:

 od pacjenta leczonego ambulatoryjnie od pacjenta hospitalizowanego, jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala: od pacjenta na jego zlecenie inne jakie:

3. Powód wykonania badania

 diagnostyka kliniczna badanie pracownicze ciąża przyjęcie do szpitala inne badanie przesiewowe z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego inny powód, jaki.....**V. UWAGI** (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):**VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ** (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

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

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail: