

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA WYNIKU BADANIA W KIERUNKU GRUŻLICY

Nazwa i adres laboratorium <sup>1)</sup>	<b>ZLB-2</b> <b>Zgłoszenie wyniku badania w kierunku gruźlicy</b>	Adresaci: <b>Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny</b> w .....
<b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego<sup>2)</sup></b>  Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  Część II. TERYT siedziby <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<b>Uwagi:</b> <sup>1)</sup> W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. <sup>2)</sup> Wypełnić zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.). <sup>3)</sup> Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.	
<b>I. WYNIK BADANIA</b>  1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>  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) .....		
<b>II. DANE OSOBY, U KTÓREJ UZYSKANO WYNIK BADANIA W KIERUNKU GRUŻLICY</b>  1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  2. Imię      3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)      4. Numer PESEL <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30%; height: 15px;" type="text"/>  5. Numer identyfikacyjny dokumentu <sup>3)</sup> 6. Płeć (M, K)      7. Obywatelstwo <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/>  Adres miejsca zamieszkania: 8. Kod pocztowy      9. Miejscowość <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 60%; height: 15px;" type="text"/>  10. Województwo      11. Powiat      12. Gmina <input style="width: 20%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 45%; height: 15px;" type="text"/>  13. Ulica      14. Numer domu      15. Numer lokalu <input style="width: 50%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 10%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 10%; height: 15px;" type="text"/>  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 leczzonego ambulatoryjnie

od pacjenta hospitalizowanego, jeżeli tak podać nazwę i adres szpitala:

.....

od pacjenta na jego zlecenie

inne (wpisać jakie): .....

3. Powód wykonania badania

diagnostyka kliniczna

badanie pracownicze

ciąża

przyjęcie do szpitala

inne badanie przesiewowe

z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego

inny powód (wpisać jaki).....

**V. UWAGI** (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):

.....

**VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ** (wpisać albo nanieść na dokument w formie nadruku albo pieczętki)

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

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. Adres poczty elektronicznej: .....