

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNANIA GRUŻLICY

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. 4) Niepotrzebne skreślić.	
I. ROZPOZNANIE 1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> _____ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
II. DANE PACJENTA 1. Nazwisko <input type="text"/> 2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> 5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu³⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo <input type="text"/> <input type="text"/> <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 11. Powiat 12. Gmina <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 13. Miejscowość 14. Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> 15. Ulica 16. Nr domu 17. Nr lokalu <input type="text"/> <input type="text"/> <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 (-) <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 (-) <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: