

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 Część II. TERYT 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, numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. ⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.							
I. ROZPOZNIANIE 1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) -/../.....								
II. DANE PACJENTA 1. Nazwisko 2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL/../..... 			5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu³⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo		8. Kraj urodzenia		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			13. Miejscowość 14. Kod pocztowy			15. Ulica 16. Nr domu 17. Nr lokalu		
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 (-) <input type="checkbox"/> wznowa <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-)								
b) pozapłucna nowe zachorowanie <input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) <input type="checkbox"/> 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: