



**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<sup>\*)</sup>**

wynik (+)  wynik (-)  wykonano, brak wyników  nie wykonano

**b) posiew/hodowla<sup>\*)</sup>**

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: .....