

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNANIA GRUŻLICY

|  |  |   |
|--|--|---|
| Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej <sup>1)</sup>   | <b>ZLK-2</b><br><b>Zgłoszenie rozpoznania gruźlicy</b>   | Adresat:<br><b>Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny</b><br>w ..... |
| <b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego<sup>2)</sup></b><br>Część I. Numer księgi rejestrowej<br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/><br>Część II. TERYT<br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/><br>Część VII. Komórka organizacyjna<br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  | <b>Uwagi:</b><br><sup>1)</sup> W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku.<br><sup>2)</sup> 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).<br><sup>3)</sup> 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.<br>4) Niepotrzebne skreślić. |   |
| <b>I. ROZPOZNANIE</b><br>1. Kod ICD-10                      2. Określenie słowne                      3. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)<br><input style="width: 60px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> _____ <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>  |  |   |
| <b>II. DANE PACJENTA</b><br>1. Nazwisko<br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/><br>2. Imię                      3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)                      4. Nr PESEL<br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/><br>5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu <sup>3)</sup> 6. Płeć (M, K)                      7. Obywatelstwo<br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/><br>8. Kraj urodzenia<br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/><br>9. Osoba bezdomna<br><input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)<br>Adres miejsca zamieszkania:<br>10. Województwo                      11. Powiat                      12. Gmina<br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/><br>13. Miejscowość                      14. Kod pocztowy<br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/><br>15. Ulica                      16. Nr domu                      17<br><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/><br>18. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę):<br>Telefon kontaktowy:.....<br>E-mail:..... |  |   |
| <b>III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE</b> <span style="float: right;">. Nr tokatu</span><br>1. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby:<br>a) płucna<br>nowe zachorowanie<br><input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) <input type="checkbox"/> wznowa bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> wznowa bakteriologia (-)<br>b) pozapłucna<br>nowe zachorowanie<br><input type="checkbox"/> bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> bakteriologia (-) <input type="checkbox"/> wznowa bakteriologia (+) <input type="checkbox"/> wznowa 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/rozmaż<sup>2)</sup>**

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

**b) posiew/hodowla<sup>3)</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 pieczętą)

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

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....