



--	--	--	--

**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 pieczętą)**

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

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

