

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DODATNIEGO WYNIKU BADANIA W KIERUNKU GRUŹLICY

Nazwa i adres laboratorium ¹⁾	ZLB-2 Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku gruźlicy	Adresaci: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> Część II. TERYT siedziby <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 i numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.	
I. WYNIK BADANIA 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 2. Rozpoznane prątki chorobotwórcze: 3. Rodzaj badanej próbki / pobranego materiału diagnostycznego: 4. Metoda diagnostyczna: <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> hodowla <input type="checkbox"/> badanie molekularne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)		
II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU GRUŹLICY 1. Nazwisko <input type="text"/> 2. Imię <input type="text"/> 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 4. Numer PESEL <input type="text"/> 5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu ³⁾ <input type="text"/> 6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> 7. Obywatelstwo <input type="text"/> Adres miejsca zamieszkania: 8. Kod pocztowy 9. Miejscowość <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 10. Województwo 11. Powiat 12. Gmina <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 13. Ulica 14. Numer domu 15. Numer lokalu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 16. <input type="checkbox"/> Brak danych w zakresie pkt 1-15		

III. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:

1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego)

2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego)

3. Numer prawa wykonywania zawodu

4. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:

.....

5. Numer telefonu

6. Kod pocztowy

7. Miejscowość

8. Ulica

9. Numer domu

10. Numer lokalu

IV. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)

2. Badana próbka pochodziła:

 od pacjenta leczzonego ambulatoryjnie od pacjenta hospitalizowanego, jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala:

.....

 od pacjenta na jego zlecenie inne jakie:

3. Powód wykonania badania

 diagnostyka kliniczna badanie pracownicze ciąża przyjęcie do szpitala inne badanie przesiewowe z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego inny powód, jaki.....**V. UWAGI** (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):**VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ** (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętą)

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

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail: