

WZÓR

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROZPOZNANIA GRUŹLICY

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

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

b) posiew/hodowla⁽¹⁾

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: