

WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA DODATNIEGO WYNIKU BADANIA W KIERUNKU  
GRUŻLICY

Pieczęć laboratorium    	<b>ZLB-2</b> <b>Zgłoszenie dodatniego wyniku</b> <b>badania w kierunku gruźlicy<sup>1)</sup></b>	Adresaci: <b>Państwowy Powiatowy Inspektor</b> <b>Sanitarny</b> <b>w</b> .....  lub nazwa innego podmiotu <sup>2)</sup> ..... .....
<b>Resortowy kod identyfikacyjny laboratorium<sup>3)</sup></b>  <b>Część I. Numer księgi rejestrowej</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  <b>Część II. TERYT siedziby</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  <b>Część III. Podmiot tworzący</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  <b>Część VIII. Specjalność komórki organizacyjnej</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<b>Objaśnienia:</b> <sup>1)</sup> Zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku gruźlicy należy dokonać w ciągu 24 godzin od momentu uzyskania tego wyniku, zgodnie z art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947). <sup>2)</sup> Należy wpisać właściwy podmiot, o którym mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia .....2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz. U. poz. ....). <sup>3)</sup> Laboratoria wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594). <sup>4)</sup> Badanie molekularne w kierunku prątków gruźlicy jest wykonywane u chorego z dodatnim wynikiem preparatu bezpośredniego.	
<b>I. WYNIK BADANIA</b>  <b>1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr)</b> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>  <b>2. Prątki chorobotwórcze:</b> ..... <b>3. Badana próbka/materiał diagnostyczny:</b> .....  <b>4. Metoda diagnostyczna:</b> <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni <input type="checkbox"/> hodowla <input type="checkbox"/> badanie molekularne <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) .....		
<b>II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU GRUŻLICY</b> <b>1. Nazwisko</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  <b>2. Imię</b> <b>3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</b> <b>4. Nr PESEL</b> <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  <b>5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu*</b> <b>6. Płeć (M, K)</b> <input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>  <b>Adres miejsca zamieszkania:</b> <b>7. Kod pocztowy</b> <b>8. Miejscowość</b> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 70%; height: 15px;" type="text"/>  <b>9. Powiat</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>  <b>10. Ulica</b> <b>11. Nr domu</b> <b>12. Nr lokalu</b> <input style="width: 60%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>		
<small>* Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, i wpisać serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.</small>		

**III. INNE INFORMACJE**

**1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)**

/  /

**2. Badana próbka pochodziła:**

od chorego hospitalizowanego

od chorego leczonego ambulatoryjnie

Adres szpitala: .....

**3. Powód wykonania badania**

diagnostyka kliniczna

badanie pracownicze

ciąża

przyjęcie do szpitala

inne badanie przesiewowe

inny powód, jaki .....

**4. Nazwa i adres podmiotu, do którego wysłano materiał kliniczny lub wyizolowany biologiczny czynnik chorobotwórczy (próbki) w celu przeprowadzenia dalszych badań:**

.....  
.....

**5. Oczekiwany kierunek i zakres dalszego badania:** .....

**6. Numer identyfikacyjny materiału klinicznego lub wyizolowanego biologicznego czynnika chorobotwórczego (próbki) wysłanego w celu przeprowadzenia dalszych badań:**

.....

**IV. UWAGI** (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):

**V. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM**

1. Pieczętka imienna ..... 2. Telefon kontaktowy: ..... 3. Podpis .....