

Nazwa i adres laboratorium <sup>1)</sup>	<b>ZLB-2</b> <b>Zgłoszenie dodatniego wyniku</b> <b>badania w kierunku gruźlicy</b>	Adresaci: <b>Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny</b> w .....
--	---	--

<b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego<sup>2)</sup></b>  Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>  Część II. TERYT siedziby <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>  Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>	<b>Uwagi:</b> 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)  
 /  /

2. Rozpoznane prątki chorobotwórcze: .....

3. Rodzaj badanej próbki / pobranego materiału diagnostycznego: .....

4. Metoda diagnostyczna:

preparat bezpośredni     
  hodowla     
  badanie molekularne  
 inne (wpisać jakie) .....

**II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU GRUŻLICY**

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)      4. Numer PESEL  
 /  /      

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>3)</sup>      6. Płeć (M, K)      7. Obywatelstwo  
           

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy      9. Miejscowość  
 -      

10. Województwo      11. Powiat      12. Gmina  
           

13. Ulica      14. Numer domu      15. Numer lokalu  
           

16.  
 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 leczonego ambulatoryjnie

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

.....

od pacjenta na jego zlecenie

inne jakiego: .....

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 pieczęcią)

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

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