

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 księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" 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 <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	2. Określenie słowne _____	3. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>

II. DANE PACJENTA		
1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
2. Imię <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu³⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	7. Obywatelstwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
8. Kraj urodzenia <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
9. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
Adres miejsca zamieszkania:		
10. Województwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	11. Powiat <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	12. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
13. Miejscowość <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	14. Kod pocztowy <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
15. Ulica <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	16. Nr domu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	17. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px;" 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 (-)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (-)
wznowa	<input type="checkbox"/> bakteriologia (+)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (-)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (-)
b) pozapłucna	<input type="checkbox"/> bakteriologia (+)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (-)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (-)
nowe zachorowanie	<input type="checkbox"/> bakteriologia (+)	<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) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			

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^(*)

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

b) posiew/hodowla^(*)

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: