

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 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 <input type="text"/> - <input type="text"/>	2. Określenie słowne _____	3. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) <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		wznowa	
<input type="checkbox"/> bakteriologia (+)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (-)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (+)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (-)
b) pozapłucna		wznowa	
nowe zachorowanie		wznowa	
<input type="checkbox"/> bakteriologia (+)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (-)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (+)	<input type="checkbox"/> bakteriologia (-)
2. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)			
<input 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: