

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: