

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	ZLK-2 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania* gruźlicy	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny W
--	---	--

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu¹⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący²⁾ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ 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. poz. 594). Praktyki lekarskie wypełniają tylko części I i II resortowego kodu identyfikacyjnego podmiotu. ²⁾ Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. *Niepotrzebne skreślić.
--	--

I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*

1. Kod ICD-10 <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>	2. Określenie słowne _____	3. Data (dd/mm/rrrr) <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>
--	-------------------------------	---

* Niepotrzebne skreślić.

II. DANE CHOREGO

1. Nazwisko

2. Imię <input style="width: 100%;" type="text"/>	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>	4. Nr PESEL <input style="width: 100%;" type="text"/>
--	---	--

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** <input style="width: 100%;" type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input style="width: 30px;" type="text"/>
---	---

Adres miejsca zamieszkania:

7. Kod pocztowy <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>	8. Miejscowość <input style="width: 100%;" type="text"/>
--	---

9. Gmina

10. Ulica <input style="width: 100%;" type="text"/>	11. Nr domu <input style="width: 30px;" type="text"/>	12. Nr lokalu <input style="width: 30px;" type="text"/>
--	--	--

** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Data zarejestrowania (dd/mm/rrrr)

 / /

2. Nr rejestru (numer/kwartał/rok)

 / /

3. Liczba osób współzamieszkujących:

4. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby:

a) płucna

nowe zachorowanie

 BK(+) BK(-)

wznowa

 BK(+) BK(-)

b) pozapłucna

nowe zachorowanie

 BK(+) BK(-)

wznowa

 BK(+) BK(-)

5. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)

6. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe

 nieleczony leczony prawidłowo leczony nieprawidłowo brak danych

7. Szczepienia BCG

 wykonano blizna brak blizny

data ostatniego szczepienia (rok)

 nie wykonano

8. OT

 wykonano nie wykonano

rozmiar nacieku (w mm)

9. Styczność z gruźlicą czynną BK+

 aktualna zakończona

kiedy (rok)

 nie stwierdzono styczności brak danych

10. Badania bakteriologiczne płwociny

a) bakterioskopia/rozmaz

 dodatnia BK(+) ujemna BK(-) wykonano, brak wyników nie wykonano

b) posiew/hodowla

 dodatni BK(+) ujemny BK(-) wykonano, brak wyników nie wykonano

11. Badania histopatologiczne

 wykonano potwierdzono gruźlicę nie potwierdzono nie wykonano

—
12. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie)

13. Metody wykrycia chorego na gruźlicę

- z objawów chorobowych
- ze styczności z chorym
- w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym)
- w innych badaniach profilaktycznych (wstępne, okresowe)
- przy hospitalizacji
- w badaniu sekcyjnym
- w innych badaniach

14. Kontakt ze zwierzętami gospodarskimi

- Tak Nie

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

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