

## WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA GRUŻLICY

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	<b>ZLK-2</b> <b>Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania* gruźlicy</b>	Adresat: <b>Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny</b>  w .....
<b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu<sup>1)</sup></b> <b>Część I. Numer księgi rejestrowej</b> <input type="text"/> <b>Część II. TERYT siedziby</b> <input type="text"/> <b>Część III. Podmiot tworzący<sup>2)</sup></b> <input type="text"/> <b>Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej</b> <input type="text"/>	<b>Uwagi:</b> 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.	
<b>I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*</b>		
<b>1. Kod ICD-10</b>	<b>2. Określenie słowne</b>	<b>3. Data (dd/mm/rrrr)</b>
<input type="text"/> - <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
* Niepotrzebne skreślić.		
<b>II. DANE CHOREGO</b>		
<b>1. Nazwisko</b>		
<input type="text"/>		
<b>2. Imię</b>		<b>3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>4. Nr PESEL</b>	<input type="text"/>	
<b>5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu**</b>	<b>6. Płeć (M, K)</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Adres miejsca zamieszkania:</b>		
<b>7. Kod pocztowy</b>	<b>8. Miejscowość</b>	
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>9. Gmina</b>		
<input type="text"/>		
<b>10. Ulica</b>	<b>11. Nr domu</b>	<b>12. Nr lokalu</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input 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 .....