

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	<b>Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na gruźlicę<sup>(1)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny*</b>
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. <sup>(2)</sup>		..... ..... w .....
<b>Część I. REGON</b> _____ <b>Część II. TERYT</b> _____ <b>Część III. podmiot, który utworzył zakład</b> _____ <b>Część VIII. specjalność komórki organiz.</b> _____	<b>Uwaga: (1)</b> Zgłoszenie należy przesłać do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie gruźlicy i chorób płuc, zgodnie z art. 20 ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391). <b>(2)</b> Zakłady opieki zdrowotnej wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002 r. Nr 223, poz. 1880) oraz zapisami w decyzji o zarejestrowaniu zakładu. Praktyki lekarskie wypełniają tylko część I i II kodu. (*) Niepotrzebne skreślić.	

<b>I. ROZPOZNIANIE / PODEJRZENIE</b>		
1. Kod ICD-10	2. Określenie słowne	3. Data (dd/mm/rr)
_____	_____	____/____/____

<b>II. DANE CHOREGO</b>			
1. Nazwisko			
_____			
2. Imię		3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	4. Nr PESEL
_____		____/____/____	_____
5. Inny krajowy nr identyfikacyjny *	6. Płeć (M, K)	7. Obywatelstwo	
_____	_____	_____	
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)			
8. Kod	9. Miejscowość		
____-____	_____		
10. Gmina			
_____			
11. Ulica		12. Nr domu	13. Nr lokalu
_____		_____	_____
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania / czasowego pobytu)			
14. Kod	15. Miejscowość		
____-____	_____		
16. Gmina			
_____			
17. Ulica		18. Nr domu	19. Nr lokalu
_____		_____	_____
* Wypełnić w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL (w tym obcokrajowców) wpisując np. odpowiedni numer dokumentu tożsamości.			

<b>III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE</b>			
1. Data zarejestrowania (dd/mm/rrrr)		2. Nr rejestru (numer/kwartał/rok)	
____/____/____		____/____/____	
3. Status społeczny		4. Wykształcenie	
Uczeń / student    1 <input type="checkbox"/>	Podstawowe    1 <input type="checkbox"/>	Żonaty / zamężna    1 <input type="checkbox"/>	
Robotnik / rolnik    2 <input type="checkbox"/>	Zasadnicze zawodowe    2 <input type="checkbox"/>	Samotny    2 <input type="checkbox"/>	
Pracownik umysłowy    3 <input type="checkbox"/>	Średnie    3 <input type="checkbox"/>		
Bezrobotny    4 <input type="checkbox"/>	Wyższe    4 <input type="checkbox"/>		
Emeryt / rencista    5 <input type="checkbox"/>			
Bezdomny    6 <input type="checkbox"/>			
6. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby		7. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)	
a) <b>płucna</b>	nowe zachorowanie    BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-) <input type="checkbox"/>	_____	
	wznowa    BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-) <input type="checkbox"/>		
b) <b>pozapłucna</b>	nowe zachorowanie    BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-) <input type="checkbox"/>		
	wznowa    BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-) <input type="checkbox"/>		
		8. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe	
		nie leczony <input type="checkbox"/>	
		leczony prawidłowo <input type="checkbox"/>	
		leczony nieprawidłowo <input type="checkbox"/>	
		brak danych <input type="checkbox"/>	

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE (cd)

9. Szczepienia BCG

wykonano  blizna  data ostatniego  
 brak blizny  szczepienia (rok)

nie wykonano

10. OT

wykonano  rozmiar nacieku  
 nie wykonano  (w mm)

11. Styczność z gruźlicą czynną BK+

aktualna 1   
 zakończona 2  kiedy (rok)

nie stwierdzono stycz. 3   
 brak danych 4

12. Badania bakteriologiczne płwociny

a) bakterioskopia dodatnia (BK+) 1   
 / rozmaz ujemna (BK-) 2

wykonano, brak wyników 3   
 nie wykonano 4

b) posiew / dodatnia (BK+) 1   
 hodowla ujemna (BK-) 2   
 wykonano, brak wyników 3   
 nie wykonano 4

13. Badania histopatologiczne

wykonano 1  potwierdzono gruźlicę 1   
 nie potwierdzono 2   
 nie wykonano 2

14. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie)

.....  
 .....  
 .....  
 .....

15. Metody wykrycia chorego na gruźlicę

z objawów chorobowych 1   
 ze styczności z chorym 2   
 w badaniach grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym) 3   
 w innych badaniach profilaktycznych (wstępne, okresowe, 4   
 w zakładach pracy, student, żołnierz, uczeń) 4   
 przy hospitalizacji 5   
 w badaniu sekcyjnym 6   
 w innych badaniach 7

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA

1. Pieczętka imienna

2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce)

3. Podpis

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lokalu .....

Telefon (.....) .....