

WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA GRUŻLICY

Pieczętka 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 <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table> Część II. TERYT siedziby <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table> Część III. Podmiot tworzący²⁾ <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table>																						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* <table><tr><td>1. Kod ICD-10 <table border="1" style="width: 60px; height: 15px;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table> - <table border="1" style="width: 20px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td></tr></table></td><td>2. Określenie słowne _____</td><td>3. Data (dd/mm/rrrr) <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> / <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> / <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table></td></tr></table> <small>* Niepotrzebne skreślić.</small>			1. Kod ICD-10 <table border="1" style="width: 60px; height: 15px;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table> - <table border="1" style="width: 20px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>						2. Określenie słowne _____	3. Data (dd/mm/rrrr) <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> / <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> / <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>																																																																																																																																											
1. Kod ICD-10 <table border="1" style="width: 60px; height: 15px;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table> - <table border="1" style="width: 20px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>						2. Określenie słowne _____	3. Data (dd/mm/rrrr) <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> / <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> / <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>																																																																																																																																														
II. DANE CHOREGO 1. Nazwisko <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table> 2. Imię <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table> 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> / <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> / <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> 4. Nr PESEL <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table> 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** <table border="1" style="width: 60px; height: 15px;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table> 6. Płeć (M, K) <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> Adres miejsca zamieszkania: 7. Kod pocztowy <table border="1" style="width: 40px; height: 15px;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table> 8. Miejscowość <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table> 9. Gmina <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table> 10. Ulica <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table> 11. Nr domu <table border="1" style="width: 30px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> 12. Nr lokalu <table border="1" style="width: 30px; height: 15px;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table> <small>** 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.</small>																																																																																																																																																					

III. DANE UZUPELNIAJĄCE

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

nieleczone

leczone prawidłowo

leczone 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