

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. Pieczęćka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis