

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