

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