



### 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 .....