FORMULARZ ZGŁOSZENIA WYNIKU BADANIA W KIERUNKU GRUŹLICY

Nazwa i adres laboratorium1)

## ZLB-2

**Zgłoszenie wyniku badania w kierunku gruźlicy**

Adresaci:

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w** .........................................................

### Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego2)

Część I. Numer księgi rejestrowej

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Część II. TERYT siedziby

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Część VII. Komórka organizacyjna

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

### WYNIK BADANIA

* 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

/ /

### Uwagi:

1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczątki albo nadruku.

2) Wypełnić zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.).

3) 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.

2. Rozpoznane prątki chorobotwórcze:………………………………………………………………………………………………………………….

1. Rodzaj badanej próbki/pobranego materiału diagnostycznego: …………………………………………………………………………………..
2. Metoda diagnostyczna:

preparat bezpośredni

hodowla

badanie molekularne

inne (wpisać jakie) …………………………………………………………..

……. .................................................................................................

### DANE OSOBY, U KTÓREJ UZYSKANO WYNIK BADANIA W KIERUNKU GRUŹLICY

* 1. Nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Numer PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

/ /

5. Numer identyfikacyjny dokumentu3) 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo

# 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy 9. Miejscowość

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

–

10. Województwo 11. Powiat 12. Gmina

# 

13. Ulica 14. Numer domu 15. Numer lokalu

# 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

16.

Brak danych w zakresie pkt 1–15

|  |
| --- |
| 1. **DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:**    1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego)    2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego) 3. Numer prawa wykonywania zawodu 2. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..   1. Numer telefonu 2. Kod pocztowy 7. Miejscowość   –  8. Ulica 9. Numer domu 10. Numer lokalu |
| 1. **INNE INFORMACJE**    1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)   / /   * 1. Badana próbka pochodziła:   od pacjenta leczonego ambulatoryjnie  od pacjenta hospitalizowanego, jeżeli tak podać nazwę i adres szpitala:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… od pacjenta na jego zlecenie  inne (wpisać jakie): …………………………………………………………………   * 1. Powód wykonania badania   diagnostyka kliniczna badanie pracownicze ciąża przyjęcie do szpitala  inne badanie przesiewowe z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego inny powód (wpisać jaki)…………………....... |
| **V. UWAGI** (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych): |
| **VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ** (wpisać albo nanieść na dokument w formie nadruku albo pieczątki)  1. Imię i nazwisko .............................................................. 2. Numer prawa wykonywania zawodu: ...........................………. 3. Podpis ............................  4. Telefon kontaktowy: ....................................................... 5. Adres poczty elektronicznej: ....................................................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |