

Nazwa i adres laboratorium ¹⁾		ZLB-2 Zgłoszenie dodatniego 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		Uwagi: 1) W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki 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 nazwę i numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.			
I. WYNIK BADANIA 1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr) / / 2. Rozpoznane prątki chorobotwórcze: 3. Rodzaj badanej próbki / pobranego materiału diagnostycznego: 4. Metoda diagnostyczna: ☐ preparat bezpośredni ☐ hodowla ☐ badanie molekularne ☐ inne (wpisać jakie)					
II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU GRUŹLICY 1. Nazwisko 2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / / 4. Numer PESEL 5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu ³⁾ 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					
III. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE: 1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego) 2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego) 3. Numer prawa wykonywania zawodu					

5. Numer telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--

		1	-			9

--

--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)

H Data		Sistema		Presión		(cm/mm/Hg)	
		/		/			

☐ od pacjenta leczonego ambulatoryjnie

☐ od pacjenta hospitalizowanego, jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala:

☐ od pacjenta na jego zlecenie

☐ inne jakie:

☐ diagnostyka kliniczna

☐ badanie pracownicze

☐ ciąża

☐ przyjęcie do szpitala☐ inne badanie przesiewowe

☐ z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego

☐ inny powód, jaki.....

V. UWAGI (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):

VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętą)

1. Imię i nazwisko 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail: