

3. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe

☐ nieleczony ☐ leczony prawidłowo ☐ leczony nieprawidłowo ☐ brak danych

4. Szczepienia BCG

☐ wykonano ☐ nie wykonano

5. Odczyn tuberkulinowy (OT)

☐ wykonano ☐ nie wykonano ☐ wynik testu IGRA (+) ☐ wynik testu IGRA (-)

6. Liczba osób współzamieszkujących:.....**7. Styczność z gruźlicą czynną**

☐ aktualna ☐ zakończona, rok:..... ☐ nie stwierdzono styczności ☐ brak danych

8. Badania bakteriologiczne płwociny**a) bakterioskopia/rozmaz^(*)**

☐ wynik (+) ☐ wynik (-) ☐ wykonano, brak wyników ☐ nie wykonano

b) posiew/hodowla^(*)

☐ wynik (+) ☐ wynik (-) ☐ wykonano, brak wyników ☐ nie wykonano

9. Badanie histopatologiczne

☐ wykonano ☐ potwierdzono gruźlicę ☐ nie potwierdzono gruźlicy ☐ nie wykonano

10. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie).....**11. Okoliczności wykrycia chorego na gruźlicę:**

☐ z objawów klinicznych ☐ ze styczności z chorym ☐ przy hospitalizacji ☐ w badaniu sekcyjnym

☐ w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym)

☐ w innych badaniach profilaktycznych (np. badania wstępne, okresowe)

☐ w innych badaniach

12. Kontakt ze zwierzętami

☐ Tak ☐ Nie

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczęcią)

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

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail: