



III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE (cd)

9. Szczepienia BCG

wykonano  blizna  data ostatniego      
 brak blizny  szczepienia (rok)  
 nie wykonano

10. OT

wykonano  rozmiar nacieku    
 nie wykonano  (w mm)

11. Styczność z gruźlicą czynną BK+

aktualna 1   
 zakończona 2  kiedy (rok)      
 nie stwierdzono stycz. 3   
 brak danych 4

12. Badania bakteriologiczne płwociny

a) bakterioskopia dodatnia (BK+) 1   
 / rozmaz ujemna (BK-) 2   
 wykonano, brak wyników 3   
 nie wykonano 4

b) posiew / dodatnia (BK+) 1   
 hodowla ujemna (BK-) 2   
 wykonano, brak wyników 3   
 nie wykonano 4

13. Badania histopatologiczne

wykonano 1  potwierdzono gruźlicę 1   
 nie potwierdzono 2   
 nie wykonano 2

14. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15. Metody wykrycia chorego na gruźlicę

z objawów chorobowych 1   
 ze styczności z chorym 2   
 w badaniach grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym) 3   
 w innych badaniach profilaktycznych (wstępne, okresowe, 4   
 w zakładach pracy, student, żołnierz, woźni) przy hospitalizacji 5   
 w badaniu sekcyjnym 6   
 w innych badaniach 7

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA

1. Pieczętka imienna

2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce)

3. Podpis

Miejscowość \_\_\_\_\_  
 Ulica \_\_\_\_\_  
 Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
 Telefon (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_