

KARTA CHOREGO NA GRUŻLICĘ

Nazwisko		Nr rejestracji	Nr w Woj. Rej. Gruzlicy	Adres
Imię	<div>ICD-10</div> <div>Rozpoznanie</div> <div>AFB</div>			
PESEL				
				Telefon

KATEGORIA PRZYPADKU

1. Nowe zachorowanie
2. Wznowa
3. Niepowodzenie poprzedniego leczenia



4. Leczony po przerwie BK+
5. Przeniesiony od
6. Inne

1

INFORMACJE O MIEJSCU LECZENIA

Hospitalizacja: od	PORADNIA GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC			
	Poradnia, w której chory chce być leczony	„Rejonowa” wg miejsca zamieszkania		
do		Adres	zgłoszenie zachorowania	informacje o leczeniu

LECZENIE

Kategoria leczenia



Data rozpoczęcia

Data zakończenia

Planowana

Rzeczywista

Rzeczywista

Lekoporność

- ☐ Tak
☐ Nie

Komentarz

Komentarz

**Pieczęć i podpis lekarza
kończącego leczenie**

PRZEBIEG LECZENIA

[illegible]