DEL-7, KOPA Golnik, Register za tuberkulozo

LABORATORIJSKO POROČILO O *POZITIVNEM* IZVIDU MIKROSKOPSKEGA PREGLEDA NA ACIDO – IN ALKOHOLOREZISTENTNE BACILE

Laboratorij: _____

_____

Telefon: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Teden poročanja: od dne _____ do dne _____
datum datum

Zap. št.	Priimek in ime	Datum rojstva	Datum sprejema kužnine	Vrsta kužnine	Mikroskopski pregled na ARB	AT na MTc	Pošiljatelj (ustanova, zdravnik)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

Datum:_____ Podpis odgovorne osebe:_____

Podatki na obrazcu omogočajo identifikacijo posameznika, so zaupni in namenjeni samo nadzoru bolezni. Poročila in informacije lahko daje samo pooblaščeno osebje s pristankom bolnika.