

Ārstniecības iestādes nosaukums \_\_\_\_\_

Kods □□□□□□□□□□

**Ārstniecības iestādes ziņojums par diagnosticētu tuberkulozi vai latentas tuberkulozes infekciju<sup>1</sup>**  
(veidlapa Nr.89/u-t)

**Pamatdaļa**

(Aizpilda katrā diagnosticētas tuberkulozes gadījumā)

sākotnējais (pagaidu) ziņojums  galīgais ziņojums

1. Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

2. Personas kods □□□□□□ - □□□□□□

3.  Latvijas iedzīvotājs  ārvalstnieks (norādīt valsti) \_\_\_\_\_  nav datu

4. Dzimums:  vīrietis  sieviete

5. Dzimšanas datums (dd.mm.gggg), ja atšķiras no personas koda □□.□□.□□□□

6. Dzimšanas valsts:  Latvija  cita valsts (norādīt) \_\_\_\_\_  nav datu

7. Dzīvesvieta:

deklarētā \_\_\_\_\_

(iela, māja, ciems, pagasts, novads, pilsēta, valsts)

faktiskā dzīvesvieta vai uzturēšanās vieta \_\_\_\_\_

(iela, māja, ciems, pagasts, novads, pilsēta, valsts)

8. Diagnoze \_\_\_\_\_

Kods □□□.□

9. Diagnoze noteikta/apstiprināta:  histoloģiski,  skopiski, atrodot acidorezistentās baktērijas,  
 uzsējumā,  molekulāri,  klīniski un/vai radioloģiski

9.1. izmeklētais materiāls \_\_\_\_\_

9.2. diagnozes noteikšanas/apstiprināšanas datums

(dd. mm. gggg.) □□.□□.□□□□.

nav datu

10. Saslimšana:  pirmreizēja  recidīvs  nav datu

11. Slimība atklāta:

vērsoties pie ārsta ar sūdzībām

izmeklējot profilaktiski

izmeklējot pēc kontakta ar tuberkulozes slimnieku

autopsijā

cits (norādīt) \_\_\_\_\_

12. Saslimšanas (simptomu parādīšanās) datums (ja nav zināms precīzi, – mēnesis)

(dd. mm. gggg.) □□.□□.□□□□.

nav datu  neattiecas

13. Datums, kad pacients pirmo reizi vērsies pie ārsta saistībā ar pašreizējo saslimšanas epizodi

(dd. mm. gggg.) □□.□□.□□□□.

nav datu  neattiecas

14. Ārstniecības iestāde, kurā pacients pirmo reizi ir vērsies saistībā ar pašreizējo saslimšanas epizodi  
(norādīt nosaukumu) \_\_\_\_\_

15. Hospitalizācijas datums tuberkulozes ārstēšanai

(dd. mm. gggg.) □□.□□.□□□□.

nav datu  neattiecas

16. Riska faktori:  pārmērīga alkohola lietošana  narkotisko vielu lietošana

17. Vai pacients izmeklēts uz HIV:  jā  nē  nav datu

## Papilddaļa

Aizpilda, ja ir nepieciešama pretepidēmijas pasākumu veikšana: 1) elpceļu tuberkulozes gadījumā, kas apstiprināta skopiski, bakterioloģiski vai molekulāri, pārbaudot materiālu no elpceļiem; 2) pastāv pamatotas aizdomas, ka atbilstoši tuberkulozes klīniskajai formai (piem., destruktijas dobumi plaušās) pacients izdala tuberkulozes izraisītājus no elpceļiem vai tuberkuloze diagnosticēta pēc personas nāves, konstatējot destruktijas dobumus plaušās; 3) tuberkulozes un latentas tuberkulozes infekcijas gadījumā bērniem līdz 4 gadu vecumam (ieskaitot), ja nav zināms infekcijas avots

18. Tālruņa numurs saziņai ar pacientu vai pacienta likumīgo pārstāvi \_\_\_\_\_

19. Pacienta faktiskās dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas raksturojums:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> atsevišķs dzīvoklis  | <input type="checkbox"/> ārstniecības iestāde | <input type="checkbox"/> patversme           |
| <input type="checkbox"/> māja   | <input type="checkbox"/> viesnīca             | <input type="checkbox"/> bezpajumtnieks(-ce) |
| <input type="checkbox"/> dienesta viesnīca  | <input type="checkbox"/> ieslodzījuma vieta   | <input type="checkbox"/> nav datu            |
| <input type="checkbox"/> ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija | <input type="checkbox"/> kazarmas             | <input type="checkbox"/> cits _____          |

20. Pacienta nodarbošanās:

20.1. bērniem:

- apmeklē izglītības iestādi  
 t. sk. pie bērnu uzraudzības pakalpojumu sniedzēja  
 neapmeklē izglītības iestādi  
 cits \_\_\_\_\_

20.2. pieaugušajiem:

- strādā  
 nestrādā:  
 students(-e)/skolnieks(-ce)

- nav zināms  
 cits (norādīt) \_\_\_\_\_

21. Darbavieta, izglītības/bērnu uzraudzības iestāde:

21.1. nosaukums \_\_\_\_\_

21.2. adrese \_\_\_\_\_  
*(iela, māja, ciems, pagasts, novads, pilsēta, valsts)*

21.3. tālruņa nr. \_\_\_\_\_

21.4. amats/statuss \_\_\_\_\_

22. Datums, kad pacients pēdējo reizi apmeklēja darbavietu vai izglītības/ bērnu uzraudzības iestādi (dd. mm. gggg.)   nav datu  neattiecas

23. Stacionārās ārstniecības iestādes, kurās pacients uzturējies esošās saslimšanas epizodes laikā:

Nosaukums	Struktūrvienība	Datums (no - līdz)

24. Informācija par citām pacienta uzturēšanās vietām (nosaukums, adrese), kas nav norādītas iepriekš:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. Kontakts ar tuberkulozes slimnieku:

nav  nav datu

ir (norādīt kontaktēšanās vietu, informāciju par personu, t. sk. vārdu un uzvārdu) \_\_\_\_\_

26. Pacientam tuberkulozes simptomi parādījušies:

- Latvijā  nav datu  
 dzīvojot citā valstī (norādīt, kur) \_\_\_\_\_  neattiecas

27. Pacients, būdams infekciozs (iespējami infekciozs), ir ceļojis uz ārzemēm:

- jā (norādīt valsti, laiku un transportlīdzekļus) \_\_\_\_\_  nē  
\_\_\_\_\_  nav datu  
\_\_\_\_\_  neattiecas

28. Informācija par veiktajiem epidemioloģiskās drošības pasākumiem un ar pasākumu veikšanu saistītām problēmām

---

---

29. Papildinformācija

---

---

30. Pacienta iespējamais infekciozitātes periods kontaktpersonu noteikšanai (ja nav zināms precīzi, – mēnesis): no (dd.mm.gggg.) ..

31. Apzināto pacienta kontaktpersonu skaits<sup>2</sup>: kopā t. sk. bērni nav datu neattiecas

31.1. dzīves vietā (kopā dzīvojošās personas) \_\_\_\_\_

31.2. citas kontaktpersonas (radnieki, draugi), kuras bija tuvā kontaktā ar pacientu, tajā skaitā bieži apmeklēja pacienta dzīves vietu \_\_\_\_\_

32. Vai informācija par 31. punktā minētajām kontaktpersonām ir paziņota pacienta dzīves vietai tuvāk praktizējošajam pneimonologam  jā  nē  neattiecas

33. Informācija par kontaktpersonām, par kurām nav paziņots dzīves vietai tuvāk praktizējošajam pneimonologam:

Nr. p.k.	Vārds	Uzvārds	Personas kods vai dzimšanas datums	Adrese	Kontakta tālrunis	Kontakta veids ar tuberkulozes slimnieku	Pēdējā kontakta datums
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.

34. Ziņojuma nosūtīšanas datums (dd. mm. gggg.) ..

35. Ārsts

\_\_\_\_\_  
(vārds, uzvārds, paraksts<sup>3</sup>)

Pneimonologs

\_\_\_\_\_  
(vārds, uzvārds, paraksts<sup>3</sup>)

Piezīmes.

<sup>1</sup> Aizpildītu ziņojumu atbilstoši normatīvajiem aktiem par infekcijas slimību reģistrācijas kārtību nosūta Slimību profilakses un kontroles centram.

<sup>2</sup> Ja apzinātas kontaktpersonas, aizpilda 33. punktā minēto informāciju par kontaktpersonām.

<sup>3</sup> Dokumenta rekvizītu "paraksts" neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu. Elektroniskā dokumenta parakstīšanas laiks ir laika zīmoga pievienošanas datums un laiks.