

.....

pieczęć podmiotu leczniczego

**WZÓR SKIEROWANIA  
NA ZDJĘCIE RTG KLATKI PIERSIOWEJ  
(w jednej projekcji PA albo AP określonej przez lekarza wg indywidualnych wskazań  
klinicznych)**

Chorzów, dnia ..... 2026 r.

.....  
(pieczęć placówki kierującej)

**SKIEROWANIE NA ZDJĘCIE RTG KLATKI PIERSIOWEJ  
(w jednej projekcji PA albo AP określonej przez lekarza wg indywidualnych wskazań  
klinicznych)**

Pani /Pan .....  
(imię i nazwisko)

Data urodzenia .....

Miejscowość zamieszkania.....

**Występujący u pacjenta czynnik ryzyka zachorowania na gruźlicę (proszę zaznaczyć):**

- kaszel trwający 3 tygodnie i powyżej,
- osoby z kontaktu z osobami chorymi na gruźlicę,
- spadek odporności (np. w przebiegu choroby nowotworowej, leczenia immunosupresyjnego, AIDS),
- zmiany w płucach,
- choroby przewlekłe (cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze),
- pylica płuc,
- uwarunkowania społeczne (bezdomność, bezrobocie, niski status społeczny, emeryci, renciści),
- nałogi (alkoholizm, narkomania).

**Zalecane wykonanie badania RTG klatki piersiowej w projekcji:**

.....  
(proszę wskazać typ projekcji badania PA albo AP)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza kierującego)

Uwagi:

- Zdjęcia RTG klatki piersiowej finansowane są z budżetu Miasta Chorzów.

- Realizatorzy:

<b>Lp.</b>	<b>Realizator</b>	<b>Dane teleadresowe</b>
1.	P.P.U.H. „KONCEPT” Tomasz Tabin NZOZ „Rentgenodiagnostyka-Med”.	ul. Św. Pawła 11 41-500 Chorzów tel. 32/348 12 20
2.	ADO-MED2 Roman Elias	ul. Stefana Batorego 19 41-506 Chorzów Tel. 453 406 414
3.	BetaMed S.A. Centrum Medyczne BetaMed	ul. Raławicka 20A 41-506 Chorzów Tel. 32/ 420 29 00 519 308 200

- Administratorem danych osobowych jest realizator wykonujący przedmiotowe zdjęcia RTG.

## Gruźlica problem nadal aktualny

*„Program wczesnego wykrywania gruźlicy wśród osób powyżej 26 lat zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2026 -2028”\* w 2026 r.*

### Ankieta ewaluacyjna nr 1 (zaznacz jedną prawidłową odpowiedź)

#### **1. Gruźlica to:**

- a. Bakteryjna choroba zakaźna
- b. Wirusowa choroba zakaźna
- c. Choroba infekcyjna, bakteryjna niezakaźna

#### **2. Osoby z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę to:**

- a. Sportowcy intensywnie trenujący
- b. Górnicy, hutnicy
- c. Osoby uzależnione od narkotyków lub alkoholu, nosiciele wirusa HIV

#### **3. Gruźlicą można zarazić się:**

- a. Drogą krwi, przez podanie dożylnie zakażonej gruźlicą substancji (leki, krew, itp.)
- b. Drogą oddechową poprzez kontakt z rodziną chorego na gruźlicę
- c. Drogą oddechową tylko przez kontakt z chorym

#### **4. Gruźlica to choroba o:**

- a. Wysokiej zaraźliwości
- b. Średniej zaraźliwości
- c. Niskiej zaraźliwości

#### **5. Najczęstsze objawy gruźlicy płuc:**

- a. Bóle kończyn, drętwienie nóg i/lub rąk, zawroty głowy, krwawienia z nosa
- b. Kaszel utrzymujący się co najmniej 3 tygodnie, nawracające stany podgorączkowe, brak apetytu i utrata masy ciała,
- c. Bóle brzucha, biegunki lub zaparcia, bóle głowy, nudności lub wymioty

#### **6. Gruźlica jest:**

- a. Chorobą nieuleczalną
- b. Chorobą, którą można podleczyć, ale chory nie będzie całkiem wyleczony
- c. Chorobą w pełni wyleczalną

#### **7. Podejrzenie gruźlicy można wysunąć na podstawie:**

- a. Badania rtg klatki piersiowej
- b. Badania USG płuc
- c. Badań krwi

#### **8. Leczenie gruźlicy:**

- a. Zwykle trwa 6 miesięcy
- b. Zwykle trwa 2 lata
- c. Zwykle trwa 3 miesiące

**9. W leczeniu gruźlicy stosuje się:**

- a. Leczenie stałe 1 lekiem przeciwprątkowym (według wrażliwości prątków)
- b. Leczenie stałe wielolekowe (zwykle 4 leki przeciwprątkowe)
- c. Leczenie przerywane – podaje się leki co 1 miesiąc

**10. Przerwanie leczenia, stosowanie go w czasie krótszym od 6 miesięcy**

- a. Nie ma wpływu na wynik leczenia
- b. Wydłuża powrót do zdrowia
- c. Grozi nawrotem choroby i pojawieniem się prątków gruźlicy opornych na leczenie

*Opracował:*

*prof. dr hab. n. med. Jerzy Kozielski  
Specjalista chorób płuc*

*lek. Tadeusz Bold  
Specjalista chorób płuc*

\*Program finansowany z budżetu Miasta Chorzów

Program realizowany do **6 listopada 2026 r. lub do wyczerpania limitu**

**Szczegółowe informacje:**

Wydział Zdrowia

Urząd Miasta Chorzów

ul. Rynek 1, 41-500 Chorzów

tel. 32/ 416 52 38

e-mail: [zd@chorzow.eu](mailto:zd@chorzow.eu)

**Oświadczenie uczestnika**  
**(w celu uniknięcia tzw. „podwójnego finansowania” świadczeń)**  
**dot. korzystania z tożsamego świadczenia tj. badania RTG klatki piersiowej (w projekcji określonej przez lekarza na skierowaniu) w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych**

Ja ..... oświadczam, że:  
(imię i nazwisko uczestnika)

**zaznacz X we właściwym miejscu**

**nie miałem/am** wykonanego badania RTG klatki piersiowej (w projekcji określonej przez lekarza na skierowaniu) ze środków publicznych **w dniu badania** przewidzianego do realizacji w ramach „Programu wczesnego wykrywania gruźlicy wśród osób powyżej 26 lat zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2026-2028” w 2026 r. - .....

data

**miałem/am** wykonane badanie RTG klatki piersiowej (w projekcji określonej przez lekarza na skierowaniu) ze środków publicznych **w dniu badania** przewidzianego do realizacji w ramach „Programu wczesnego wykrywania gruźlicy wśród osób powyżej 26 lat zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2026-2028” w 2026 r. - .....

data

.....

data, podpis uczestnika

Uwagi Zleceniobiorcy

.....  
.....

.....

data, podpis zleceniobiorcy