

V

Приликом процјене квалификација и искуства свих кандидата узете се у обзир и следећи критеријуми:

- резултати остварени у досадашњем раду;
- способност управљања финансијским средствима и људским ресурсима, као и склоност тимском раду;
- комуникационе и организационе способности.

Критеријуми из става (1) ове тачке бодоваће се оцјенама од 1 до 5.

VI

Ова одлука ступа на снагу наредног дана од дана објаве у "Службеним новинама Федерације БиХ".

В. број 971/2018
19. јула 2018. године
Сарајево

Премијер
Фадил Новалић, с. р.

FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

1173

Na osnovu člana 42. stav (2) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12), federalni ministar zdravstva donosi

PRAVILNIK O OBLIKU I SADRŽAJU OSNOVNE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

I. OPŠTE ODREDBE

Član 1.

(Predmet)

- (1) Ovim pravilnikom bliže se uređuje oblik i sadržaj osnovne medicinske dokumentacije.
- (2) Osnovna medicinska dokumentacija, koju koriste zdravstvene ustanove, nosioci privatne prakse, zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici prilikom pružanja zdravstvene zaštite, predstavlja osnovni izvor podataka za evidencije i osnov je za upis određenih činjenica u evidencije utvrđene Zakonom o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12), kao i propisima donesenim na osnovu tog zakona.
- (3) Podaci iz medicinske dokumentacije spadaju u lične podatke o pacijentu i predstavljaju službenu tajnu.

Član 2.

(Vođenje osnovne medicinske dokumentacije)

- (1) Vođenje osnovne medicinske dokumentacije i unos podataka u osnovnu medicinsku dokumentaciju isključivo obavljaju zdravstveni radnici, zdravstveni saradnici kao i druga fizička lica koja u okviru svoje djelatnosti obavljaju poslove iz oblasti zdravstva u skladu sa zakonom.
- (2) Medicinska dokumentacija iz stava (1) ovog člana vodi se u pisanom i elektronskom obliku saglasno Zakonu o evidencijama u oblasti zdravstva.

Član 3.

(Stručni medicinski rad)

Vođenje osnovne medicinske dokumentacije u oblasti zdravstva, u smislu ovog pravilnika, sastavni je dio stručnog medicinskog rada zdravstvenih ustanova, nosilaca privatne prakse i drugih pravnih i fizičkih lica koja u okviru svoje djelatnosti obavljaju poslove iz područja zdravstva.

II. OSNOVNA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Član 4.

(Osnovna medicinska dokumentacija)

- (1) U oblasti zdravstva ustanovljava se slijedeća osnovna medicinska dokumentacija:

a) zdravstveni karton pacijenta:

- 1) zdravstveni karton pacijenta u porodičnoj medicini,
- 2) zdravstveni karton medicine rada,
- 3) zdravstveni karton predškolskog djeteta,
- 4) zdravstveni karton školskog djeteta,
- 5) zdravstveni karton studenta,
- 6) zdravstveni karton žene,
- 7) stomatološki karton,
- 8) karton korisnika centra za mentalno zdravlje,

b) karton obavezne imunizacije,

c) protokol bolesnika,

d) matična knjiga lica smještenih u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi,

e) historija bolesti,

f) temperaturno-terapijsko-dijetetska lista,

g) lista anestezije,

h) otpusno pismo,

i) lista kliničkog puta pacijenta,

j) karton zdravstvene njege,

k) karton polivalentne patronažne zdravstvene njege:

- 1) PAT 1 Patronažni karton porodice,
- 2) PAT 2 Sestrinska anamneza,
- 3) PAT 3 Karton zdravstvene njege trudnice,
- 4) PAT 4 Karton zdravstvene njege porodilje,
- 5) PAT 5 Karton zdravstvene njege novorođenčeta i dojenčeta (0-12. mjeseci),
- 6) PAT 6 Karton zdravstvene njege predškolskog djeteta (1-5. godina),
- 7) PAT 7 Karton zdravstvene njege školskog djeteta (6-18. godina),
- 8) PAT 8 Karton zdravstvene njege oboljelog od maligne bolesti,
- 9) PAT 9 Karton zdravstvene njege oboljelog od dijabetesa,
- 10) PAT 10 Karton zdravstvene njege oboljelog od hronične bolesti,
- 11) PAT 11 Karton zdravstvene njege oboljelog od tuberkuloze,
- 12) PAT 12 Nalog za posjetu patronažne sestre/tehničara,
- 13) Ostala dokumentacija:
 - Plan patronažne njege
 - Protokol planiranih posjeta patronažne sestre/tehničara
 - Izjava o odbijanju posjete patronažne sestre/tehničara
 - Obrazac prijave incidentne situacije i obrazac analize incidentne situacije
 - Preporuka centru za socijalni rad
 - Status lokalne zajednice - spisak učesnika.

l) karton akušerske zdravstvene njege,

m) knjige:

- 1) knjiga evidencija zaraznih bolesti,
- 2) knjiga evidencije o proizvodnji, prometu i potrošnji opojnih droga,
- 3) knjiga evidencije o potrošnji opojnih droga u zdravstvenim ustanovama,
- 4) knjiga evidencije o sterilizaciji.

(2) Sadržaj osnovne medicinske dokumentacije iz stava (1) ovog člana utvrđen je u Prilogu 1. ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio, izuzev tačke b) stav (1) ovog člana i tačke m) podtač. 1) i 2) stav (1) ovog člana.

(3) Sadržaj kartona obavezne imunizacije (vakcinacija) iz tačke b) stav (1) ovog člana propisan je Pravilnikom o načinu

provođenja obavezne imunizacije, imunoprofilakse i hemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o licima koja se podvrgavaju toj obavezi ("Službene novine Federacije BiH", br. 68/16 i 16/17).

- (4) Sadržaj knjige evidencija zaraznih bolesti iz tačke m) podtačka 1) stav (1) ovog člana propisan je Pravilnikom o načinu prijavljivanja zaraznih bolesti ("Službene novine Federacije BiH", broj 101/12).
- (5) Sadržaj knjige evidencije o prometu i potrošnji opojnih droga iz tačke m) podtačka 2) stav (1) ovog člana propisan je Zakonom o apotekarskoj djelatnosti ("Službene novine Federacije BiH", broj 40/10).

Član 5.

(Zaštita ličnih podataka)

Na pitanja prikupljanja, obrade i davanja ličnih podataka sadržanih u medicinskoj dokumentaciji primjenjuju se odredbe Zakona o zaštiti ličnih podataka ("Službeni glasnik BiH", br. 49/06 i 76/11).

Član 6.

(Korištenje podataka)

Podatke sadržane u medicinskoj dokumentaciji mogu koristiti i pojedinci na koje se ti podaci odnose radi ostvarivanja svojih prava u skladu sa posebnim zakonima.

Član 7.

(Rokovi za čuvanje medicinske dokumentacije)

Medicinska dokumentacija čuva se 10 godina od posljednjeg unosa podataka, osim stomatološkog kartona koji se čuva trajno i zdravstvenog kartona i historije bolesti koji se čuvaju 10 godina nakon otpuštanja pacijenta iz bolnice.

Član 8.

(Oblik medicinske dokumentacije)

Zdravstvene ustanove i nosioci privatne prakse čuvaju medicinsku dokumentaciju u pisanom i elektronskom obliku u skladu sa propisima o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o arhivskoj građi Federacije Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", broj 45/02).

III. PRELAZNA I ZAVRŠNA ODREDBA

Član 9.

(Instrukcija za usklađivanje)

- (1) Zdravstvene ustanove, kao i nosioci privatne prakse obavezni su usklađiti svoju medicinsku dokumentaciju saglasno odredbama ovog pravilnika, a prema instrukciji Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.
- (2) Instrukciju iz stava (1) ovog člana Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine donosi u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovog pravilnika, uz prethodnu saglasnost federalnog ministra zdravstva.

Član 10.

(Stupanje na snagu i primjena)

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH", a primjenjivat će se od 01.01.2019. godine.

Broj 01-37-3575-1/18

31. jula 2018. godine

Sarajevo

Ministar

Doc. dr. Vjekoslav Mandić, s. r.

Na temelju članka 42. stavak (2) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12), federalni ministar zdravstva donosi

PRAVILNIK O OBLIKU I SADRŽAJU OSNOVNE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(Predmet)

- (1) Ovim pravilnikom bliže se uređuje oblik i sadržaj osnovne medicinske dokumentacije.
- (2) Osnovna medicinska dokumentacija, koju koriste zdravstvene ustanove, nositelji privatne prakse, zdravstveni djelatnici i zdravstveni suradnici prilikom pružanja zdravstvene zaštite, predstavlja temeljni izvor podataka za evidencije i osnov je za upis određenih činjenica u evidencije utvrđene Zakonom o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12), kao i propisima donesenim na temelju tog zakona.
- (3) Podatci iz medicinske dokumentacije spadaju u osobne podatke o pacijentu i predstavljaju službenu tajnu.

Članak 2.

(Vođenje osnovne medicinske dokumentacije)

- (1) Vođenje osnovne medicinske dokumentacije i unos podataka u osnovnu medicinsku dokumentaciju isključivo obavljaju zdravstveni djelatnici, zdravstveni suradnici kao i druge fizičke osobe koje u okviru svoje djelatnosti obavljaju poslove iz područja zdravstva sukladno zakonu.
- (2) Medicinska dokumentacija iz stavka (1) ovog članka vodi se u pisanom i elektroničkom obliku suglasno Zakonu o evidencijama u oblasti zdravstva.

Članak 3.

(Stručni medicinski rad)

Vođenje osnovne medicinske dokumentacije u području zdravstva, u smislu ovog pravilnika, sastavni je dio stručnog medicinskog rada zdravstvenih ustanova, nositelja privatne prakse i drugih pravnih i fizičkih osoba koje u okviru svoje djelatnosti obavljaju poslove iz područja zdravstva.

II. OSNOVNA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Članak 4.

(Osnovna medicinska dokumentacija)

- (1) U području zdravstva ustanovljava se slijedeća osnovna medicinska dokumentacija:
- a) zdravstveni karton pacijenta:
 - 1) zdravstveni karton pacijenta u obiteljskoj medicini,
 - 2) zdravstveni karton medicine rada,
 - 3) zdravstveni karton predškolskog djeteta,
 - 4) zdravstveni karton školskog djeteta,
 - 5) zdravstveni karton studenta,
 - 6) zdravstveni karton žene,
 - 7) stomatološki karton,
 - 8) karton korisnika centra za mentalno zdravlje,
 - b) karton obvezne imunizacije,
 - c) protokol bolesnika,
 - d) matična knjiga osoba smještenih u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi,
 - e) povijest bolesti,
 - f) temperaturno-terapijsko-dijetetska lista,
 - g) lista anestezije,
 - h) otpusno pismo,
 - i) lista kliničkog puta pacijenta,
 - j) karton zdravstvene njege,
 - k) karton polivalentne patronažne zdravstvene njege:

Zakonu o arhivskoj grafi Federacije Bosne i Hercegovine ("Службене новине Федерације БиХ", број 45/02).

III. ПРЕЛАЗНА И ЗАВРШНА ОДРЕДБА

Члан 9.

(Инструкција за усклађивање)

- (1) Здравствене установе, као и носиоци приватне праксе обавезни су ускладити своју медицинску документацију сагласно одредбама овог правилника, а према инструкцији Завода за јавно здравство Федерације Босне и Херцеговине.
- (2) Инструкцију из става (1) овог члана Завод за јавно здравство Федерације Босне и Херцеговине доноси у року од три мјесеца од дана ступања на снагу овог правилника, уз претходну сагласност федералног министра здравства.

Члан 10.

(Ступање на снагу и примјена)

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеним новинама Федерације БиХ", а примјењиваће се од 01.01.2019. године.

Број 01-37-3575-1/18

31. јула 2018. године

Сарајево

Министар

Доц. др **Вјекослав Мандић**, с. р.

Prilog 1

Sadržaj osnovne medicinske dokumentacije

Zdravstveni karton pacijenata u porodičnoj medicini

Zdravstveni karton pacijenta je osnovna medicinska dokumentacija koja se otvara za svakog pacijenta prilikom prve posjete zdravstvenoj ustanovi primarnog nivoa zdravstvene zaštite, odnosno privatnoj praksi. Zdravstveni karton prati svakog pacijenta tokom cijelog života, a u slučaju promjene doktora medicine, zdravstvene ustanove ili mjesta stanovanja zdravstveni karton ili prepis podataka iz zdravstvenog kartona obavezno se dostavlja novoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi u kojoj pacijent ostvaruje prava na zdravstvenu zaštitu.

Ovaj karton se otvara za sve pacijente opredijeljene za ovaj tim porodične/obiteljske medicine.

Обавезно садржи:

Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Број картона

Датум отварања

Lični podaci

Презиме (име оца) име

Спол

Дан, мјесец и година рођења

Превалиште (мјесто улица и број)

Јединствени матични број

Број здравствене књижице - легитимације

Podaci o zdravstvenom stanju

Крвна група

Rh фактор

Коагулопатије

Алергијан

Хроничне болести

Потпис и печат доктора медицине

Podaci o zaposlenju i zanimanju

Назив радне организације носиоца здравственог осигурања

Регистарски број, шифра дјелатности, мјесто сједишта радне организације, посао који врши, на том послу ради од дана

Налаз, мишљење и оцена Лјекарске комисије, инвалидске комисије итд.

Evidencija o oboljenjima

Дијагноза (радна и коначна)

Шифра оболјенја по МКБ

Терапија: датум, врста и вријеме

Упутница: коме је упућен (специјалисти)

Неспособност за рад (од-до) дознака издата (број дана – од-до)

Потпис и штампил доктора медицине

Датум посјете – прве и поновне

Налази

Lična anamneza

Porodična anamneza

Radna anamneza

Sadašnje tegobe

Status

Глава и врат

Грудни кош

Abdomen

Urogenitalni sistem

Lokomotorni sistem

Кожа и видљиве слузнице

Evidencija o sistematskim, periodičnim i preventivnim pregledima

Датум прегледа

Висина

Тежина

Обим груди

Обим струка

Индекс тјелесне масе (ITM, BMI)

Крвни притисак

Пулс

Помјене на кожи

Ћула: вид, слух, мирис

Тонзиле

Врат

Грудни кош

Срце

Плућа

Abdomen

Јетра и слезена

Uro-genitalni organi

Кићмени стуб

Екстремитети

Лабораторије и други налази

Evidencija o izdatim uvjerenjima, potvrdama, datim savjetima i imunizacijama

Радна способност

Invaliditet (stepen)

Preventivne mjere i postupci prema preventivnim programima

На превентивним прегледима утврђено

повишен крвни притисак $\geq 140/ \geq 90$ -

ТТ (гојазност-ТТ већи за 10% од висина –100)

hiperglikemija

Hiperholesterolemija

Konsumacija duhana i duhanskih proizvoda

Konsumacija alkohola

Obavezni minimum preventivnih pregleda

Папа-тест

Патолошки налази папа теста

Преглед дојки

Patološki nalaz - pregled dojki
Digitorektalni pregled
Patološki nalazi - digitorektalni pregledi
Pacijent radio skrining na rak debelog crijeva

Za žene

Prva menstruacija
Dijagnoza ginekologa
Broj porođaja
Broj abortusa
Papa test – rađen (datum)
Mamografija (datum)
Kontracepcija

Liječenje u bolničkim zdravstvenim ustanovama

Naziv ustanove
Liječen od-do
Otpusna dijagnoza
Uputstva i napomene bolnice za dalji tretman
Podaci o ispisu
Ispisan: dan, mjesec, godina
Dijagnoza
Potpis i pečat doktora medicine

Zdravstveni karton medicine rada

Zdravstveni karton pacijenta je osnovna medicinska dokumentacija koja se otvara za svakog pacijenta prilikom prve posjete zdravstvenoj ustanovi primarnog nivoa zdravstvene zaštite, odnosno privatnoj praksi. Zdravstveni karton prati svakog pacijenta tokom cijelog života, a u slučaju promjene doktora medicine, zdravstvene ustanove ili mjesta stanovanja zdravstveni karton ili prepis podataka iz zdravstvenog kartona obavezno se dostavlja novoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi u kojoj pacijent ostvaruje prava na zdravstvenu zaštitu.

Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Broj kartona
Datum otvaranja
Lični podaci
Prezime (ime oca) ime
Spol
Dan, mjesec i godina rođenja, prebivalište (mjesto ulica i broj)

Jedinstveni matični broj
Broj zdravstvene knjižice-legitimacije

Podaci o zdravstvenom stanju

Krvna grupa
Rh faktor
Koagulopatije
Alergičan
Hronične bolesti
Potpis i pečat doktora medicine

Podaci o zaposlenju i zanimanju

Naziv radne organizacije nosioca zdravstvenog osiguranja, registarski broj, šifra djelatnosti, mjesto sjedišta radne organizacije, posao koji vrši, na tom poslu radi od dana...

Nalaz, mišljenje i ocjena ljekarske komisije, invalidske komisije itd.

Evidencija o oboljenjima

Dijagnoza (radna i konačna)
Šifra oboljenja po MKB
Terapija: datum, vrsta, vrijeme
Uputnica: kome je upućen (specijalisti)
Nesposobnost za rad (od-do) doznaka izdata (broj dana – od-do)

Potpis i pečat doktora medicine
Datum posjete – prve i ponovne
Anamneza, status, nalazi
Lična anamneza

Porodična anamneza

Radna anamneza

Sadašnje tegobe

Status

Glava i vrat
Grudni koš
Abdomen
Urogenitalni sistem
Lokomotorni sistem
Koža i vidljive sluznice
Sistematski pregled
Datum pregleda

Visina

Težina

Obim grudi
Vitalni kapacitet
Krvni pritisak
Puls

Promjene na koži

Čula

Tonzile

Vrat

Grudni koš

Srce

Pluća

Abdomen

Jetra i slezena

Uro-genitalni organi

Kičmeni stub

Ekstremiteti

Neurološki nalazi

Psihički nalazi

KS (krvna slika)

Radna sposobnost

Laboratorije i drugi nalazi

Evidencija o izdatim uvjerenjima, potvrđama, datim savjetima

Liječenje u bolničkim zdravstvenim ustanovama

Naziv ustanove

Liječen od-do

Otpusna dijagnoza

Uputstva i napomene bolnice za dalji tretman

Podaci o ispisu

Ispisan: dan, mjesec, godina

Dijagnoza

Potpis i pečat doktora medicine

Zdravstveni karton predškolskog djeteta

Ovaj karton se otvara za djecu predškolskog uzrasta, od 0 do 6 god. starosti.

Zdravstveni karton pacijenta je osnovna medicinska dokumentacija koja se otvara za svakog pacijenta prilikom prve posjete zdravstvenoj ustanovi primarnog nivoa zdravstvene zaštite, odnosno privatnoj praksi. Zdravstveni karton prati svakog pacijenta tokom cijelog života, a u slučaju promjene doktora medicine, zdravstvene ustanove ili mjesta stanovanja zdravstveni karton ili prepis podataka iz zdravstvenog kartona obavezno se dostavlja novoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi u kojoj pacijent ostvaruje prava na zdravstvenu zaštitu.

Zdravstveni karton predškolskog djeteta obvezno sadrži:

Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Broj kartona

Datum otvaranja

Lični podaci:

Prezime (ime oca) ime, dan, mjesec i godina rođenja

Jedinstveni matični broj	TT (tjelesna težina)
Prebivalište (mjesto ulica i broj)	BMI (ili TT/TV u centilima): < 20% od medijane, > 20% od medijane
<i>Podaci o zdravstvenom osiguranju</i>	<i>Rahitis</i>
Registarski broj, šifra djelatnosti, kategorija zdravstvene zaštite	Profilaksa, znakovi
<i>Podaci o zdravstvenom stanju</i>	<i>Anemije</i>
Krvna grupa	Profilaksa, znakovi
Rh. faktor	<i>Psihomotorni razvoj</i>
Koagulopatije	<i>Poremećaji vida</i>
Alergičan	Strabizam, refrakcijske anomalije, drugi poremećaji
Hronične bolesti	<i>Poremećaj sluha</i>
Potpis i pečat doktora medicine	<i>Poremećaji govora</i> : dislalija, dizartrija, drugi poremećaji
<i>Prebolovane bolesti - navesti</i>	<i>Poremećaji i bolesti zuba i usta</i>
<i>Podaci o porođaju majke</i>	<i>Koštano-mišićne deformacije</i>
<i>Prijevremen - Na vrijeme</i>	Kralježnice, prsnog koša, udova, drugi poremećaji
Porod prirodni putem: DA – NE	<i>Kongenitalne anomalije</i>
Komplikacije pri porodu: DA - NE	<i>Anomalije spolnih organa</i>
Kongenitalne anomalije: DA – NE	<i>Ultrazvuk kukova</i>
Rođeno u zdravstvenoj ustanovi:	<i>Skrininz</i> : fenilketonurija, hipotireoza (upisati podatke),
Kod kuće uz stručnu pomoć: DA - NE	adrenalna hiperplazija
<i>Higijenske prilike</i>	<i>Evidencija o ishrani dojenčeta</i>
Osvijetljenost stana/kuće:	Dojeno (vrijeme trajanja):
Grijanje:	Prehranjivano:
Vodosnabdijevanje:	- majčino mlijeko
Toalet:	- kravlje mlijeko
<i>Socijalno stanje</i>	- mlijeko u prahu
Dobro, osrednje, loše	- mliječna kašica
<i>Porodična anamneza</i>	- drugi način
Otac, majka: Zanimanje, pismenost (DA, NE)	A + D vitamin
Braća i sestre: živi/umrli (navesti od čega za umrle)	C vitamin
Bolesti u porodici - navesti	Drugi vitamini
<i>Prenatalna savjetovanja majke</i>	Jaje
DA - NE	Povrće
<i>Evidencija o posjetama</i>	Meso
Datum posjete: prve, ponovne	Ostalo
<i>Anamneza</i>	<i>Tjelesni razvoj</i>
<i>Status</i>	Porodajna težina grama
Glava i vrat	Porodajna dužina cm
Grudni koš	<i>Vakcinacija</i>
Abdomen	Upisati obavezne vakcinacije kojima poliježu predškolska
Urogenitalni sistem	djeca u skladu sa kartonom imunizacije
Lokomotorni sistem	Serumi
Koža i vidljive sluznice	Datum aplikacije
<i>Dijagnoza</i>	<i>Evidencije o kontrolnim pregledima</i>
Radna dijagnoza, konačna dijagnoza, šifra, datum	Datum, nalaz i preduzete mjere
ordiniranog lijeka, vrsta ordiniranog lijeka	<i>Liječenje u bolničkim ustanovama</i>
Potpis i pečat doktora medicine	Naziv ustanove
<i>Znakovi zanemarivanja i zlostavljanja</i>	Liječen od-do
<i>Evidencija o sistematskim pregledima</i>	Otpusna dijagnoza
Predškolska medicina: > 2mjeseci, 3-5 mjeseci, 6-11	Uputstva i napomene bolnice za dalji tretman
mjeseci, 1-3 godina, 4-6 godina	<i>Podaci o ispisu</i>
Muško/Žensko	Ispisan: dan, mjesec, godina
<i>Tjelesni razvoj:</i>	Dijagnoza
TV (tjelesna visina)	Potpis i pečat doktora medicine

Ime i prezime djeteta _____ Spol: M Ž Broj kartona: _____

PRIOG KARTONA: Praćenje ranog rasta i razvoja djece uzrasta 0-6 godina-rana detekcija prema razvojnim bihevioralnim skalama

Vještine djeteta prema razvojnim oblastima

Datum	Uzrast	Dob*	Vještine djeteta prema razvojnim oblastima					Upućivanje		Zakazana kontrola/ zaključak/ishod
			Komunikacija	Motorika	Kognitivni razvoj	Socio-emoc. razvoj	Samopomoć	Dijagnostika	Centar za RRR/ intervencija	
	0-3mj.		___/8	___/14	___/10	___/___	___/___			
	3-6mj.		___/10	___/20	___/10	___/4	___/6			
	6-9mj.		___/14	___/20	___/14	___/12	___/6			
	9-12mj.		___/18	___/24	___/14	___/4	___/6			
	12-18mj.		___/16	___/22	___/6	___/8	___/4			
	18-24mj.		___/12	___/20	___/16	___/6	___/14			
	2-3god.		___/14	___/14	___/16	___/8	___/12			
	3-4god.		___/14	___/28	___/16	___/14	___/14			
	4-5god.		___/12	___/24	___/20	___/8	___/14			
	5-6god.		___/14	___/22	___/22	___/12	___/16			

Doktor medicine u službi za zdravstvenu zaštitu djece (0-6 godina: Radi validacije procjene/popunjene skale i iskoricanje, rezultate upisuje u prilog kartona i ulaže u karton djeteta

Dob: Za djecu do 3. godine navesti dob u mjesecima (npr.27 mj.), a za djecu od 3-6. godine navesti godinu i mjesec (npr. 4 god. 11 mj.)

Zdravstveni karton školskog djeteta

Zdravstveni karton pacijenta je osnovna medicinska dokumentacija koja se otvara za svakog pacijenta prilikom prve posjete zdravstvenoj ustanovi primarnog nivoa zdravstvene zaštite, odnosno privatnoj praksi. Zdravstveni karton prati svakog pacijenta tokom cijelog života, a u slučaju promjene doktora medicine, zdravstvene ustanove ili mjesta stanovanja zdravstveni karton ili prepis podataka iz zdravstvenog kartona obavezno se dostavlja novoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi u kojoj pacijent ostvaruje prava na zdravstvenu zaštitu.

Obavezno sadrži:

Podaci o zdravstvenoj ustanovi:

Broj kartona

Datum otvaranja

Lični podaci

Prezime (ime oca) ime, dan, mjesec i godina rođenja

Jedinstveni matični broj

Prebivalište (mjesto ulica i broj)

Podaci o zdravstvenom osiguranju

Registarski broj, šifra djelatnosti, kategorija zdravstvene zaštite

Podaci o zdravstvenom stanju

Krvna grupa

Rh. faktor

Koagulopatije

Alergičan

Hronične bolesti

Potpis i pečat doktora medicine

Prebolovane bolesti - navesti

Higijenske prilike

Škola i razred - navesti

Stanuje kod

Stan - kvalitet stana: podrumski, tavanski, prizemlje, sprat, suh, vlažan, svijetao, mračan

Spava - u: sobi, kuhinji, sam u postelji

Učenik se hrani: kod roditelja, u restoranu, na drugom mjestu

Otac (ime, godina rođenja, zanimanje, pismen: DA/NE)

Majka (ime, godina rođenja, zanimanje, pismena: DA/NE)

Bračno stanje roditelja

Porodična anamneza

Bolesti u porodici navesti

Braća i sestre: živi/umrli (navesti od čega su umrli)

Lična anamneza

Status

Glava i vrat

Grudni koš

Abdomen

Urogenitalni sistem

Lokomotorni sistem

Koža i vidljive sluznice

Evidencija o posjetama i oboljenjima

Dijagnoza (radna i konačna)

Terapija: datum, vrsta, vrijeme

Nalazi

Uputnica: kome je upućen (specijalisti)

Nesposoban za pohađanje škole (od-do)

Datum posjete – prve i ponovne

Konačna dijagnoza - šifra

Potpis i pečat doktora medicine

Znakovi zanemarivanja i zlostavljanja

Evidencija o sistematskim pregledima

Broj učenika (2., 4., 6. i 8. razred osnovne škole i 1. i 3. razred srednje škole) obuhvaćen sistematskim pregledom

Tjelesni razvoj

TV

TT

BMI

>25

<18

Nepravilno držanje

nepravilno držanje

Strukturalne deformacije kičme: Kifoza, Skolioza, Ostalo,

Pedes plani

Poremećaj vida: strabizam, refrakcijske anomalije, drugi

poremećaji

Poremećaj sluha

Štitna žlijezda

N

P

Oralno zdravlje

Karijes

Ekstrahirani

Ortodontske anomalije

Prvi stalni molarni zubi

Kardiovaskularni sistem

Srčani šum nepoznatog porijekla

RR > 130/80 mmHg

Verificirane srčane mane

Govorne mane

Dislalija

Dizartrija

Ostalo

HB

Uzeto uzoraka

< 11g/L

Urin

Uzeto uzoraka

Pubertet

Menarhe

Pubertet po Tanneru

I

II

III

IV

V

Anomalije spolovila

Evidencija o kontrolnim medicinskim pregledima

Datum

Nalaz

Preduzete mjere

Liječenje u stacionarnim ustanovama

Naziv ustanove

Liječen od-do

Otpusna dijagnoza

Uputstva i napomene bolnice za dalji tretman

Datum

Podaci o ispisu

Ispisan: dan, mjesec i godina

Razlog

Dijagnoza

Potpis i pečat doktora medicine

Vakcinacija i revakcinacija

Upisati obavezne vakcinacije u skladu sa kartonom imunizacije

Serumi

Datum primanja

Zdravstveni karton studenata

Zdravstveni karton pacijenta je osnovna medicinska dokumentacija koja se otvara za svakog pacijenta prilikom prve posjete zdravstvenoj ustanovi primarnog nivoa zdravstvene

zaštite, odnosno privatnoj praksi. Zdravstveni karton prati svakog pacijenta tokom cijelog života, a u slučaju promjene doktora medicine, zdravstvene ustanove ili mjesta stanovanja zdravstveni karton ili prepis podataka iz zdravstvenog kartona obavezno se dostavlja novoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi u kojoj pacijent ostvaruje prava na zdravstvenu zaštitu.

Obavezno sadrži:

Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Broj kartona

Datum otvaranja

Lični podaci

Prezime (ime oca) ime, dan, mjesec i godina rođenja

Jedinstveni matični broj

Prebivalište (mjesto ulica i broj)

Podaci o zdravstvenom osiguranju

Registarski broj, šifra djelatnosti, kategorija zdravstvene

zaštite

Podaci o zdravstvenom stanju

Krvna grupa

Rh. faktor

Koagulopatije

Alergičan

Hronične bolesti

Potpis i pečat doktora medicine

Prebolovane bolesti - navesti

Higijenske prilike

Stan - kvalitet stana: podrumski, tavanski, prizemlje, sprat, suh, vlažan, svijetao, mračan

Spava - u: sobi, kuhinji, sam u postelji

Hrani se: kod roditelja, u restoranu, na drugom mjestu

Otac (ime, godina rođenja, zanimanje, pismen: DA/NE)

Majka (ime, godina rođenja, zanimanje, pismena: DA/NE)

Bračno stanje roditelja

Lična anamneza

Porodična anamneza

Bolesti u porodici navesti

Braća i sestre: živi/umrli (navesti od čega su umrli)

Status:

Glava i vrat

Grudni koš

Abdomen

Urogenitalni sistem

Lokomotorni sistem

Koža i vidljive sluznice

Evidencija o posjetama i oboljenjima

Dijagnoza (radna i konačna)

Terapija: datum, vrsta, vrijeme

Uputnica: kome je upućen (specijalisti)

Privremena sposobnost za studij (od-do)

Datum posjete – prve i ponovne

Nalazi

Konačna dijagnoza - šifra

Potpis i pečat doktora medicine

Preventivne mjere i postupci prema preventivnim programima

Na preventivnim pregledima utvrđeno

Povišen krvni pritisak $\geq 140/ \geq 90$ -

TT (gojaznost-TT veći za 10% od visina – 100)

Hiperglikemija

Hiperholesterolemija

Konzumacija duhana i/ili duhanskih proizvoda

Konzumacija alkohola

Obavezni minimum preventivnih pregleda

Papa-test

Patološki nalazi papa testa

Pregled dojki

Patološki nalaz - pregled dojki

Digitorektalni pregled

Patološki nalazi - digitorektalni pregledi

Evidencija o kontrolnim medicinskim pregledima

Datum

Nalaz

Preduzete mjere

Liječenje u bolničkim ustanovama

Naziv ustanove

Liječen od-do

Otpusna dijagnoza

Uputstva i napomene bolnice za dalji tretman

Podaci o ispisu

Ispisan: dan, mjesec i godina

Razlog

Dijagnoza

Potpis i pečat doktora medicine

Vakcinacija i revakcinacija

Serumi

Datum primanja

Zdravstveni karton žene

Zdravstveni karton pacijenta je osnovna medicinska dokumentacija koja se otvara za svakog pacijenta prilikom prve posjete zdravstvenoj ustanovi primarnog nivoa zdravstvene zaštite, odnosno privatnoj praksi. Zdravstveni karton prati svakog pacijenta tokom cijelog života, a u slučaju promjene doktora medicine, zdravstvene ustanove ili mjesta stanovanja zdravstveni karton ili prepis podataka iz zdravstvenog kartona obavezno se dostavlja novoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi u kojoj pacijent ostvaruje prava na zdravstvenu zaštitu.

Zdravstveni karton za žene obavezno sadrži:

Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Broj kartona

Datum otvaranja

Lični podaci

Prezime (ime oca) ime

Spol

Dan, mjesec i godina rođenja

Jedinstveni matični broj

Prebivalište (mjesto ulica i broj)

Broj zdravstvene knjižice - legitimacije

Kategorija zdravstvenog osiguranja

Podaci o zdravstvenom stanju

Krvna grupa

Rh faktor

Koagulopatije

Alergičan

Hronične bolesti

Invaliditet (podrazumijeva nemogućnost kretanja ili ograničenost kretanja)

Potpis i pečat doktora medicine

Podaci o zaposlenju i zanimanju

Naziv radne organizacije nosioca zdravstvenog osiguranja

Registarski broj, šifra djelatnosti, mjesto sjedišta radne organizacije, posao koji vrši, na tom poslu radi od dana

Anamneza

1. lična

2. porodična

3. ginekološka anamneza

Menstrualni ciklus

Prva menstruacija

Tip: uredna/neuredna

Količina (obilna, srednja, mala)

Bolovi za vrijeme menstruacije

Menopauza	<i>Podaci o zaposlenju i zanimanju:</i> zanimanje, kategorija		
<i>Anamneza ranijih trudnoća</i>	zdravstvene zaštite, registarski broj i šifra djelatnosti		
Tip: uredna/neuredna	Terapija		
Količina (obilna, srednja, mala)	Alergičan (navesti)		
Bolovi za vrijeme menstruacije	Rizik (koagulopatije, hronična oboljenja, infektivna oboljenja...)		
Menopauza	<i>Status zubnog karijesa i potreban tretman</i>		
<i>Anamneza ranijih trudnoća</i>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28		
- broj porođaja	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		
- broj umrle djece na porodu	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65		
- broj živorođene djece	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75		
- broj pobačaja (ukupno, namjernih, spontanih)	Karijes/Tretman (označiti)		
- posljednji porođaj	<i>Dijagnoza</i>		
- posljednji pobačaj		Mliječni	Stalni
<i>Ginekološki status pri prvom pregledu</i>	Zdrav zub	A	0
<i>Evidencija o oboljenjima</i>	Zub sa karijesom	B	1
- datum posjete	Zub sa karijesom i ispunom	C	2
prve	Zub sa ispunom	D	3
ponovne	Izvađeni zub zbog karijesa	E	4
- anamneza	Stalni zub izvađen zbog		
- status	drugih razloga	M	5
- nalazi	Zalivene fisure		6
- dijagnoza	Solo krunice ili nosač mosta		7
- terapija: datum, vrijeme, vrsta	Neiznikao stalni zub		8
- privremeno nesposobna za rad: od-do	Isključeni i neubrojani zubi		9
- konačna dijagnoza	<i>Liječenje</i>		
- šifra oboljenja	Nije potrebno		0
Potpis i pečat doktora medicine	Potrebno zalijevanje fisura		1
<i>Kontracepcija</i> (vrsta kontraceptivnog sredstva)	Potrebno jednopovršinski ispun		2
<i>Posjete savjetovalištu</i> (vrsta savjetovališta)	Potrebno dvopovršinski ispun		3
<i>Preventivni pregledi kod žena:</i>	Potrebna solo krunica ili nosač mosta		4
Uzet bris i rađena analiza vaginalnog sekreta	Potrebno izvađeni zub nadoknaditi		
Od patoloških nalaza, bris pozitivan HPV	članom mosta		5
Pregled dojki	Endodonski tretman		6
Patološki nalaz-pregled dojki	Potrebno vađenje zuba zbog karijesa		7
Pacijentica radila skrining na rak grlića maternice i skrining na rak dojke:	Potrebno vađenje zuba iz drugih razloga		8
Papa-test	Ostalo		9
Patološki nalazi papa testa	<i>Druge promjene uključujući i strukturne anomalije i flowrozu zuba</i> (potrebno je specificirati)		
<i>Nasilje nad ženama</i>	Oboljenje mekih tkiva (napisati dijagnozu)		
Sumnja na nasilje (navesti)	Druge (navesti)		
Potvrđeno nasilje	<i>Nepravilnosti zuba i vilice</i>		
- oblik nasilja	0-nema, 1-prisutna, 2-potreban tretman (navesti dijagnoze)		
- tretman (opisati)	Zubne proteze		
Ponovljeno nasilje	Potreba-DA/NE		
- oblik nasilja	Nosi		
- tretman (opisati)	0-ne		
<i>Evidencija o izdatim uvjerenjima, potvrdama, datim savjetima itd.</i>	1-gore		
<i>Liječenje u stacionarnim zdravstvenim ustanovama</i>	2-dolje		
Naziv ustanove	3-obje		
Liječene: od-do	<i>Zajednički parodontalni index i potreban tretman</i>		
Otpusna dijagnoza	Oznake		
Uputstva i napomene bolnice za dalji tretman	0-zdravo		
Stomatološki karton	1-krvarenje		
Stomatološki karton obavezno sadrži:	2-kamenac		
<i>Podaci o zdravstvenoj ustanovi</i>	3-patološki džep 4-5mm		
Broj kartona	4-patološki džep veći od 6mm		
Datum otvaranja	Primljeno/Pregledano/Šifra doktora		
<i>Lični podaci</i>	Trijaža/Upućeno na (navesti)		
Prezime (ime oca) ime	<i>Evidencija o posjetama i oboljenjima</i>		
Spol	Datum posjete (prva, ponovna)		
Dan, mjesec i godina rođenja, prebivalište (mjesto ulica i broj)	Vrsta pružene usluge		
Jedinstveni matični broj	Dijagnoza (naziv, šifra)		

KARTON KORISNIKA CENTRA ZA MENTALNO ZDRAVLJE

Kanton

Općina

Zdravstvena ustanova

Broj kartona

Datum otvaranja kartona

Djelatnosti i registarski broj

1. Ime i prezime korisnika

1 muški

2 ženski

2. Spol

3. Datum rođenja

4. JMBG

5. Adresa stanovanja

6. Broj telefona korisnika

7. Kontakt osoba/e

8. Kontakt telefon

9. Bračno stanje

- a) oženjen/ucata
- b) živi u zajednici
- c) neoženjen/neudata
- d) razveden
- e) razdvojen
- f) udovac/udovica

10. Nivo obrazovanja

- a) bez škole
- b) osnovna škola
- c) srednja škola
- d) viša/visoka

11. Zanimanje

12. Prva posjeta

13. Ponovna posjeta _____

14. Anamneza

- a) Sadašnja bolest: početak, simptomi
- b) Lična anamneza

15. Ranija utvrđena oboljenja:

16. Invaliditet:

- a) da
- b) ne

Ako je da: vrsta i procenat invaliditeta

17. FAKTORI RIZIKA PO ZDRAVLJE:

a) Pušač:

- 1. Da
- 2. Ne
- 3. Prestao/la Kada _____

b) Konzumacija alkohola:

- 1. ne pije
- 2. povremeno
- 3. povremeno bez kontrole
- 4. svakodnevno
- 5. apstinent

c) Korištenje psihoaktivnih supstanci:

1. da
 2. ne
 3. na odvikavanju
- navesti vrstu PAS _____
kada _____

d) Drugi rizici po zdravlje (npr: tentamen suicidi, poremećaji u ishrani...)**18. Redovito korištenje lijekova:**

19. Nus efekti lijekova/alergije _____**20. Ranije hospitalizacije**

- a) dobrovoljne
- b) prisilne

21. Izrečene mjere sigurnosti:**22. Izrečene/izvršene zaštitne mjere:****23. Porodična anamneza:**

Da li neko od najbližih članova porodice boluje od navedenih stanja? (odnosi se na trenutni duševni poremećaj):

1. da
2. ne
3. ne zna

24. SOCIOEPIDEMIOLŠKI PODACI**25. PSIHOSOMATSKI STATUS:**

26. STATUS:

- a) glava i vrat; grudni koš; abdomen; ekstremiteti; koža i vidljive sluznice...
- b) antropometrijski (ITM; krvni pritisak)
- c) laboratorijski nalazi

27. RADNA DIJAGNOZA**28. KONAČNA DIJAGNOZA****29. TERAPIJA:****30. Upućen:**

- a) drugom članu tima (navesti) _____
- b) drugom specijalisti (navesti) _____
- c) hospitalizaciju: _____
- d) drugo (navesti) _____

31. UKLJUČEN U PROCES KOORDINIRANE BRIGE:

1. DA (koliko dugo) _____
2. NE _____
3. UKLJUČEN U DRUGU VRSTU AKTIVNOG NADZORA (opisati) _____

OPSERVACIJA SOCIJALNOG RADNIKA

(UPISUJE SOCIJALNI RADNIK):

--

PSIHOLOŠKI NALAZ

Nalaz i mišljenje (UPISUJE PSIHOLOG)

SESTRINSKA ANAMNEZA

Sestrinski nalaz i mišljenje (UPISUJE MEDICINSKA SESTRA)

RADNA/OKUPACIONA TERAPIJA

Opis i ishod (UPISUJE RADNI/OKUPACIONI TERAPEUT)

* ELEKTRONSKU FORMU KARTONA ĆE PRATITI AKTUELNA DESETA MEĐUNARODNA KLASIFIKACIJA BOLESTI, POVREDA I UZROKA SMRTI

Protokol bolesnika

Protokol bolesnika je osnovna medicinska dokumentacija koja se ustanovljava u zdravstvenim ustanovama i kod nosioca privatne prakse kod pružanja zdravstvenih usluga i poduzimanja medicinskih mjera kada se za pacijenta ne otvara zdravstveni karton i to:

- a) za korisnike koji zdravstvenu uslugu traže u mjestima koja nisu njihova mjesta prebivališta (protokol prolaznika),
- b) prilikom pružanja medicinskih intervencija pacijentima u zdravstvenim ustanovama (davanje injekcije, previjanje, mala hirurgija i dr.) (protokol intervencija),
- c) u hitnoj medicinskoj pomoći,
- d) u specijalističko-konsultativnim službama,
- e) u dijagnostičkim službama,
- f) u svim bolnicama i stacionarima za primljene ležeće bolesnike,
- g) prilikom kućnih posjeta zdravstvenih radnika,
- h) u slučaju pregleda lica u svrhu izdavanja liječničkih uvjerenja,
- i) prilikom operativnih zahvata pacijenata.

Ovlašteni doktor medicine dužan je u protokol unijeti podatke o utvrđenoj dijagnozi, propisanu terapiju i podatke o upućivanju pacijenta na dijagnostičku pretragu i/ili stacionarno bolničko liječenje. Isto se odnosi i na protokol bolesnika kojima je pružena stomatološka usluga i koji popunjava ovlašteni doktor stomatologije.

Protokol bolesnika obavezno sadrži:

Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Redni broj

Datum i vrijeme (prve, ponovne posjete)

Lični podaci

Prezime, očevo ime i ime

Godina rođenja

Adresa prebivališta (mjesto, ulica i broj)

Registarski broj i šifra djelatnosti

Kategorija zdravstvene zaštite

Dijagnoza i šifra

Terapija

Kome, kuda i kad je upućen

Datum i vrijeme javljanja

Komentar

Potpis i pečat doktora

Matična knjiga lica smještenih u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi

Matična knjiga lica smještenih u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi predstavlja osnovnu medicinsku dokumentaciju koju obavezno vode bolničke zdravstvene ustanove za pacijente koji se nalaze na liječenju, rehabilitaciji ili porođaju. Matična knjiga lica smještenih u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi se formira na osnovu matičnih listova.

Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Redni broj

Matični broj

Odjel na koji je smješten i broj sobe

Lični podaci

Prezime i ime, bračno stanje, (za udate žene i djevojačko prezime)

Datum rođenja

Spol (muško, žensko)

Mjesto stanovanja općina, ulica i broj

Broj lične karte i naziv organa koji ju je izdao

Zanimanje i gdje je zaposlen

Naziv zdravstvene ustanove koja je uputila lice i broj uputnice

Mjere zdravstvene zaštite

Datum prijema

Datum otpusta

Dijagnoza i šifra (dijagnoza na prijemu i konačna)

Stanje pri otpustu iz bolnice (izliječen, poboljšano, nepromjenjeno, pogoršano, umro)

Datum smrti:

Broj b.o. dana za pojedini mjesec

Osiguranci kategorija zdravstvenog osiguranja

Troškove treba platiti

ZZO

Ostali

Učešće osiguranika

Broj i datum računa

Na kraju stranice:

Ukupno (djeca do 14 g. M/Ž i odrasli M/Ž)

Historija bolesti

Historija bolesti je osnovna medicinska dokumentacija koja se vodi u svim bolničkim zdravstvenim ustanovama za pacijente liječene u toj zdravstvenoj ustanovi. U historiju bolesti obavezno se evidentiraju podaci o bolesti, početku i uzroku bolesti, načinu, trajanju i ishodu liječenja pacijenta.

Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Lični podaci

Matični broj

Prezime, ime oca, majke i ime

Mjesto rođenja

Datum rođenja

Spol

Zanimanje

Broj zdravstvene legitimacije

Registarski broj

Šifra djelatnosti

Podaci o osiguranju

Nosilac osiguranja

Adresa nosioca osiguranja

Radna organizacija nosioca osiguranja

Srodstvo sa nosiocem osiguranja

Podaci o liječenju

Iste godine liječen: Da; Ne

Datum prijema: Dijagnoza kod prijema:

Datum otpusta: Dijagnoza kod otpusta:

Šifra bolesti/povrede

Mjesto i datum povrede

Operativni zahvat

Vrsta anestezije

Grupa operacija

Broj bol. dana

Praćenje toka bolesti po danima

Stanje pri otpustu

Izliječen, Oporavljen, Neizliječen, Ispitan, Premješten na,

Umro

Epikriza: sadrži anamnezu, status, kliničke simptome, dijagnostičke i terapijske procedure i nalaze

Potpis ordinarijusa i rukovodioca klinike/odjela

Temperaturno-terapijsko-dijetetska lista

Temperaturno-terapijsko-dijetetska lista je osnovna medicinska dokumentacija koju vode bolničke zdravstvene ustanove za svakog pacijenta koji se liječi u toj zdravstvenoj ustanovi. U temperaturno-terapijsko-dijetetskoj listi obavezno se evidentiraju vitalni parametri pacijenta (krvni pritisak, puls, tjelesna temperatura itd.), terapija koja se daje i podaci o ishrani.

Obavezno sadrži:

Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Broj historije bolesti

Odjeljenje
 Broj bolesničke sobe
 Broj kreveta
 Datum prijema
 Dijagnoza
 Program za laboratorij
Lični podaci
 Prezime, očevo ime i ime
 Datum rođenja
Podaci o oboljenju i praćenju određenih parametara
 Dan operacije (ukoliko je izvršena)
 Disanje, puls, krvni pritisak, temperatura
 Tjelesna težina
 Stolica
 Diureza
Terapijsko-dijetetski podaci
 Terapija
 Dijeta
 Potpis i pečat doktora

Lista anestezijske dokumentacije

List anestezijske dokumentacije je osnovna medicinska dokumentacija koja se vodi kod svih pacijenata koji su primili anesteziju u zdravstvenoj ustanovi. List anestezijske dokumentacije mora da sadrži najmanje podatke o vrsti i količini anestetika, vremenu trajanja i toku anestezije koju isključivo popunjava ovlašten doktor medicine specijalista anestezije i reanimacije u zdravstvenoj ustanovi.

Podaci o zdravstvenoj ustanovi
 Broj historije bolesti
 Datum
Lični podaci
 Prezime (ime oca) ime, godina rođenja, pacijent klinike
 Preoperativna dijagnoza
Podaci o zdravstvenom stanju
 Krvna gupa
 Rh faktor
 Alergije
 Hronične bolesti
Preoperativni status
 Respiratorni sistemi
 Kardio-vaskularni sistem
 Centralni i periferni nervni sistem
 Genito-urinarni trakt
 Gastro-intestinalni trakt
 Metabolizam i elektroliti
Premedikacija
Tok operacije i anestezije
 Vitalni parametri
 Lijekovi
 Transfuzije
Tehnika anestezije
 Anestetička sredstva
 -relaksant
 -lijekovi
 Vrijeme trajanja anestezije
 Položaj
 Indukcija
 Buđenje
Bolesnik prebačen na odjel
 Ime i prezime anesteziologa (pečat i potpis)
 Ime i prezime anestezičara
 Ime i prezime operatera i asistenta

Otpusno pismo

Otpusno pismo je osnovna medicinska dokumentacija koju izdaje bolnička zdravstvena ustanova pacijentu u kojoj je okončano pacijentovo liječenje. U otpusnom pismu evidentiraju

se otpusne dijagnoze, svi postupci i terapija primjenjivana prilikom liječenja i preporuka za daljnji tretman koju sačinjava ovlašten doktor medicine u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi.

Obavezno sadrži:
Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Broj protokola
 Broj bolničkih dana
 Naziv klinike/odjela
 Datum prijema
 Datum otpusta
Lični podaci
 Matični broj
 Prezime, ime oca, majke i ime
 Mjesto rođenja
 Datum rođenja
 Spol
 Zanimanje
 Nosilac osiguranja
 Srodstvo sa nosiocem osiguranja
 Iste godine liječen: 1. Da 2. Ne

Dijagnoza kod prijema
 Dijagnoza kod otpusta
 Mjesto i datum povrede
 Šifra bolesti/povrede
 Operativni zahvat
 Grupa operacija
Epikriza: anamneza, status, klinički simptomi, dijagnostičke i terapijske procedure i nalazi

Stanje pri otpustu
 Izliječen, Oporavljen, Neizliječen, Ispitan, Umro
Način otpusta

- kući
 - kući uz nadzor službi u zajednici (CMZ, CFR, porodična medicina i dr.)
 - u drugu zdravstvenu ustanovu (navesti koju)
 - drugo (navesti)
- Potpis ordinarijusa i rukovodioca klinike/odjela

Lista kliničkog puta pacijenta

Lista kliničkog puta pacijenata je medicinska dokumentacija koju vodi zdravstvena ustanova koja ima za cilj praćenje toka liječenja pacijenata. Lista se vodi u skladu sa prihvaćenim kliničkim protokolima za svaku bolest od ovlaštenog doktora medicine, odnosno ovlaštenog doktora stomatologije.

Klinički putevi (KP) su osnovna medicinska dokumentacija, odnosno po definiciji EPA (*European Pathway Association*) metodologija za zajedničko odlučivanje i organizaciju zaštite koja se može predvidjeti - za dobro definisanu grupu pacijenata tokom jednog dobro definisanog perioda. Klinički put se otvara za dogovoreno stanje, oboljenje, simptom, tretman, proceduru, uslugu, problem ili za kombinacije navedenih grupa i može biti samo dio medicinske dokumentacije ili pak cijela medicinska dokumentacija.

Lista kliničkog puta pacijenata obavezno sadrži

- prezime i ime pacijenta i JMBG
- naziv kliničkog puta
- datum razvoja kliničkog puta
- datum revizije kliničkog puta
- broj verzije kliničkog puta
- broj stranice kliničkog puta

(nabrojani podaci se nalaze na svakoj stranici liste kliničkog puta)

- naziv zdravstvene ustanove
- naziv organizacione ili funkcionalne jedinice u kojoj se primjenjuje klinički put

- lični podaci i podaci o osiguranju (vidi Historija bolesti)
- podaci o alergijama
- tabela za osoblje koje ispunjava klinički put kako bi mogli upisati svoje ime, funkciju, telefon i potpis
- uputstvo za osoblje koje ispunjava klinički put sa kriterijima za uključenje i isključenje pacijenata
- datum – početak liječenja/tretmana
- datum – završetak liječenja/tretmana
- ukoliko je klinički put dio medicinske dokumentacije potrebno je da sadrži i broj historije bolesti (SZZ i TZZ), odnosno broj kartona pacijenta (PZZ).

Klinički put treba da sadrži

- algoritam
- punovažni pristanak na medicinske procedure (pismeni dokaz da je zdravstveni profesionalac upoznao pacijenta sa procedurom, rizicima u vezi s njom i mogućim alternativama i dobio njegov/njen punovažni pristanak)
- uputstvo za pacijente

Karton zdravstvene njege

Ovaj karton se otvara za sve pacijente koji se liječe na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Obavezno sadrži:

Podaci o zdravstvenoj ustanovi

Broj kartona

Datum otvaranja kartona

Lični podaci

Prezime, ime oca i ime

Spol

Datum, mjesec i godina rođenja

Jedinstveni matični broj

Adresa stanovanja

Bračno stanje

Zanimanje, šifra djelatnosti

Kategorija zdravstvenog osiguranja

Podaci o oboljenju i praćenju određenih parametara

Disanje, puls, krvni pritisak, temperatura

Tjelesna težina, koža

Diureza

Njega pacijenta

Toaleta

Hranjenje

Probava, stolica

Profilaksa

Terapija

Plan zdravstvene njege

Potrebe pacijenta (problemi)

Očekivani rezultati

Planirane intervencije

Realizovane intervencije

Evaluacija

DOKUMENTI ZA VOĐENJE EVIDENCIJA U POLIVALENTNOJ PATRONAŽI

BROJ OBRASCA	OBRAZAC
PAT 1	PATRONAŽNI KARTON PORODICE
PAT 2	SESTRINSKA ANAMNEZA
PAT 3	KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE TRUDNICE
PAT 4	KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE PORODILJE
PAT 5	KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE NOVOROĐNČETA I DOJENČETA (0-12.mjeseci)
PAT 6	KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE PREDŠKOLSKOG DJETETA (1-5.godina)
PAT 7	KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE ŠKOLSKOG DJETETA (6-18.godina)
PAT 8	KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE OBOJJELOG OD MALIGNNE BOLESTI
PAT 9	KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE OBOJJELOG OD DIJABETESA
PAT 10	KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE OBOJJELOG OD HRONIČNE BOLESTI
PAT 11	KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE OBOJJELOG OD TUBERKULOZE
PAT 12	NALOG ZA POSJETU PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA
OSTALA DOKUMENTACIJA	
1 PLAN PATRONAŽNE NJEGE	
2 PROTOKOL PLANIRANIH POSJETA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA	
3 IZJAVA O ODBIJANJU POSJETE PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA	
4 OBRAZAC PRIJAVE INCIDENTNE SITUACIJE	
5 PREPORUKA CENTRU ZA SOCIJALNI RAD	
6 STATUS LOKALNE ZAJEDNICE-SPISAK UČESNIKA	

KANTON _____		Obr.br. PAT 1					
OPĆINA _____		Broj patronažnog kartona: _____					
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____		Datum otvaranja: _____					
SLUŽBA _____							
PATRONAŽNI KARTON PORODICE							
PODACI O NOSIOCU PORODICE Mjesto stanovanja _____ Općina _____ Adresa _____ Kontakt telefon _____ E-mail _____							
Redni broj	Prezime i ime	Matični broj	Srodstvo	Stepen stručne spreme		Zaposlen-a (naziv i mjesto firme)	Promjene u porodici /datum
				1-VSS	2-VŠS		
1.							
PODACI O ČLANOVIMA UŽE PORODICE							
Redni broj	Prezime i ime	Matični broj	Srodstvo	Stepen stručne spreme		Zaposlen-a (naziv i mjesto firme)	Promjene u porodici /datum
				1-VSS	2-VŠS		
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

PODACI O DOMAĆINSTVU

1-gradsko <input type="checkbox"/>	2-prigradsko <input type="checkbox"/>	3-seosko <input type="checkbox"/>				
Stan <input type="checkbox"/>	1-prizemlje <input type="checkbox"/>	2-sprat <input type="checkbox"/>	m2 _____	1-suh <input type="checkbox"/>	3-svjetao <input type="checkbox"/>	5-higijenski <input type="checkbox"/>
Kuća <input type="checkbox"/>	1-prizemlje <input type="checkbox"/>	2-sprat <input type="checkbox"/>	m2 _____	2-vlažan <input type="checkbox"/>	4-mračan <input type="checkbox"/>	6-nehigijenski <input type="checkbox"/>
1-vlasnik stana <input type="checkbox"/>	3-podstanar <input type="checkbox"/>	4-beskućnik <input type="checkbox"/>	Struja 1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	Grijanje 1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	3-bunar <input type="checkbox"/>	4-izvor <input type="checkbox"/>
Vodosnabdjevanje 1-gradski vodovod <input type="checkbox"/>	2-seoski <input type="checkbox"/>	3-u stanu/kući <input type="checkbox"/>	2-van stana/kuće <input type="checkbox"/>	3-bunar <input type="checkbox"/>	4-izvor <input type="checkbox"/>	
Voda 1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>						
Kontrola vode 1-ima <input type="checkbox"/>	2-nema <input type="checkbox"/>					
Kupatilo 1-ima <input type="checkbox"/>	2-nema <input type="checkbox"/>					
Toalet 1-u stanu/kući <input type="checkbox"/>	2-van stana/kuće <input type="checkbox"/>			Kanalizaciona mreža 1-gradska <input type="checkbox"/>	2-seoska <input type="checkbox"/>	
				Septička jama 1-DA <input type="checkbox"/>	2-NE <input type="checkbox"/>	
Dvorište 1-ima <input type="checkbox"/>	3-zasebno <input type="checkbox"/>	5-higijensko <input type="checkbox"/>		6-nehigijensko <input type="checkbox"/>		
	2-nema <input type="checkbox"/>	4-zajedničko <input type="checkbox"/>				
Higijena porodice						
Lična higijena 1-zadovoljava <input type="checkbox"/>	2-ne zadovoljava <input type="checkbox"/>					
Higijena stanovanja 1-zadovoljava <input type="checkbox"/>	2-ne zadovoljava <input type="checkbox"/>					
U čemu ne zadovoljava higijenske zahtjeve (opisati) _____						
Izvori prihoda domaćinstva				Status		
1-radni odnos <input type="checkbox"/>	4-penzija <input type="checkbox"/>			1-imućno <input type="checkbox"/>	3-siromašno <input type="checkbox"/>	
2-samostalna djelatnost <input type="checkbox"/>	5-invalidnina <input type="checkbox"/>			2-osrednje <input type="checkbox"/>	4-socijalna pomoć <input type="checkbox"/>	
3-poljoprivredna djelatnost <input type="checkbox"/>	6-socijalna pomoć <input type="checkbox"/>					
DODATNA ZAPAZANJA I NAPOMENE						

ZDRAVSTVENO STANJE U PORODICI

Nasljedne bolesti u porodici (navesti koje)	
Druge oboljenja:	
1-tuberkuloza	
2-šćerna bolest	
3-seksualno prenosive bolesti	
4-duševni poremećaji	
5-maligne bolesti	
6. ostalo	

Broj invalidnih osoba unutar porodice	
Broj osoba sa posebnim potrebama	

Procjena riziko faktora	
1-broj pušača	
2-broj gojaznih	
3-broj fizički neaktivnih osoba	
4-broj osoba koje piju alkohol	
5-broj osoba koje uživaju opojne droge	

Broj umrlih članova porodice	
1-ko	
2-kada	
3-uzrok smrti	

NAPOMENE PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA (nasilje nad ženama, nasilje u porodici, zanemarivanje i zlostavljanje djece, alkoholizam i sl.)

PATRONAŽNA SESTRA/TEHNIČAR

Redni broj	Prezime i ime	Od	Do
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

KANTON _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

Obr.br. PAT 2

Broj patronažnog kartona: _____

Broj kartona: _____

Datum otvaranja: _____

SESTRINSKA ANAMNEZA

LIČNI PODACI

Prezime /ime oca/ ime	Datum rođenja _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Spol 1-Muško _ 2-Žensko _	Bračno stanje 1-DA _ 2-NE _
Adresa i kontakt telefon	Zanimanje	Obrazovanje	Radni odnos

MEDICINSKA DIJAGNOZA

Alergije	1-DA _ Lijekovi
	2-NE _ Ostalo
Procjena samostalnosti	Procijeniti samostalnost ocjenom od 0-4. 0= samostalan; 1= potrebno pomagalo; 2= potrebna pomoć druge osobe; 3= potrebno pomagalo i pomoć druge osobe; 4= potpuno ovisan o drugim osobama
	Higijena _ _ _ _ _
	Hranjenje _ _ _ _ _
	Eliminacija _ _ _ _ _
	Oblačenje _ _ _ _ _
	Hodanje _ _ _ _ _
	Sjedenje _ _ _ _ _
Stajanje _ _ _ _ _	
Pomagala	1-štaka _ 2-štap _ 3-hodalica _ 4-kolica _
Apetit	1-normalan _ 2-povećan _ 3-smanjen _ 4-mučnine _ 5-povraćanje _
	Žvakanje 1-bez teškoća _ 2-otežano _
Gutanje	1-bez teškoća _ 2-otežano _ 3-teško _
Eliminacija urina	1-normalna _ 2-inkontinencija _ Vrsta inkontinencije _____ 1-urinarni kateter _ 2-ostalo _____
Eliminacija stolice	1-normalna _ 2-inkontinencija _ 3-opstipacija _ 4-ileostoma _ 5-kolostoma _ 6-ostalo _____
Znojenje	1-normalno _ 2-smanjeno _ 3-povećano _
Kašalj	1-DA _ 2-NE _
	Iskašljavanje 1-DA _ 2-NE _
Perceptivne sposobnosti	Vid 1-dobar _ 2-oštećen _ 3-slijep _ 4-naočale _ 5-leće _
	Sluh 1-dobar _ 2-oštećen _ 3-gluh _ Slušni aparat 1-DA _ 2-NE _
Govor	1-bez teškoća _ 2-afazija _ 3-ostalo _____
Spavanje	1-nesanica _ 2-hodanje u snu _ 3-ostalo _____
Bol	1-DA _ 2-NE _
	Opis bola (lokalizacija, jačina): _____ 1-blaga bol _ 2-umjerena bol _ 3-jaka bol _

Svijest	1-očuvana I__I 2-somnolencija I__I 3-sopor I__I 4-stupor I__I 5-koma I__I				
	1-iluzije I__I		2-halucinacije I__I		3-konfuzija I__I
Aktivnosti koje utiču na zdravlje	Pušenje: 1-DA I__I 2-NE I__I Alkohol: 1-DA I__I 2-NE I__I Droge: 1-DA I__I 2-NE I__I				
Promatranje i fizikalni pregled	Visina		Težina		BMI
	Temperatura		Mjerenje	1-axilarno I__I 2-rektalno I__I 3-oralno I__I 4-ostalo _____	
	Puls		Opis:		
	Pritisak		1-L ruka I__I 2-D ruka I__I 3-stoji I__I 4-sjedi I__I		
	Disanje			Zvukovi	
	Ostalo				
	Boja kože	1-normalna I__I	2-blijeda I__I	3-cijanosa I__I	4-žutica I__I
	Toplina kože	1-subfebrilna I__I	2-febrilna I__I	3-visoko febrilna I__I	
	Sluznica	1-normalna I__I	2-suha I__I	3-naslage I__I	4-oštećena I__I
	Turgor	1-normalan I__I	2-slab I__I		
	Koštana izbočenja	Opis:			
	Edemi	Opis:			
	Lezije	Opis:			
	Svrbež	Opis:			
	Dekubitus	Opis:			
	Kateteri	Opis:			
CVK	Opis:				
I.V kanila	Opis:				
Nazogastrična sonda	Opis:				
Tubus	Opis:				
Terapija koju uzima					
Znanje o bolesti	1-stečeno I__I 2-nije stečeno I__I		Rizik za: 1-pad I__I 2-povrede I__I		
	3-djelimično stečeno I__I		3- infekciju I__I 4-ostalo _____		
Znanje o terapiji	1-stečeno I__I 2-nije stečeno I__I		3-djelimično stečeno I__I		
Napomene o pacijentu					

Potpis patronažne sestre/tehničara

KANTON _____ Obr.br. PAT 3

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

SLUŽBA _____

Broj patronažnog kartona: _____

Broj kartona: _____

Datum otvaranja: _____

KG _____ Rh _____

KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE TRUDNICE

Prezime /ime oca/ ime _____

Matični broj _____

Datum rođenja _____

Mjesto rođenja _____

Adresa i kontakt telefon _____

Zanimanje _____

Alergije _____

Redovna terapija 1-DA 2-NE navesti: _____

PODACI O TRUDNOĆI			
trudnoća po redu	<input type="checkbox"/>	dob trudnoće (mjeseci)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1-normalna	<input type="checkbox"/>	1-vještačka oplodnja	<input type="checkbox"/>
2-rizična	<input type="checkbox"/>	2-serklaž	<input type="checkbox"/>
3-starija prvorotka	<input type="checkbox"/>	3-amniocenteza	<input type="checkbox"/>
4-adolescentna trudnoća	<input type="checkbox"/>		
Korištenje lijekova u trudnoći			
1-DA <input type="checkbox"/>	navesti kojih _____		
2-NE <input type="checkbox"/>			
PRETHODNE TRUDNOĆE			
1-DA <input type="checkbox"/>	2-NE <input type="checkbox"/>	broj trudnoća	<input type="checkbox"/>
		broj poroda	<input type="checkbox"/>
		broj mrtvorodene djece	<input type="checkbox"/>
		broj abortusa/spontanih	<input type="checkbox"/>
		EPH gestoza	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>
		broj abortusa/namjernih	<input type="checkbox"/>
		gestacijski šećer	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>
		postpart.mentalni poremećaji	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>
DATUM PRVE POSJETE		<input type="checkbox"/>	
ZDRAVSTVENO STANJE		Intervencije patronažne sestre/tehničara	
TV _____cm	TT _____kg		
TA _____			
HIV _____ Hbs AG _____			
ŠUK _____ prot. u urinu _____ edemi _____			
posljednji PAPA nalaz			
kontracepcije (vrsta)			
prisustvo oboljenja			

SAVJETOVANJE TRUDNICE O:		Intervencije patронаžne sestre/tehničara
1-ishrani i lijekovima	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	
2-ličnoj higijeni i odijevanju	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	
3-seksualnim odnosima	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	
4-informisanje o pravima	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	
5-psihofizička priprema za porod	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	
RIZIČNO PONAŠANJE		Intervencije patронаžne sestre/tehničara
1-upotreba duhana	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	
2-upotreba alkohola	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	
3-upotreba psihoaktivnih supstanci	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	

PONOVDNE POSJETE		
Ponovne posjete	Identifikacija problema	Intervencije patронаžne sestre/tehničara
Datum		

REDOVNE KONTROLE			
1-ginekologa	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	4-savjetovanište za trudnice	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>
2-UZV	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	5-škola za trudnice	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>
3-laboratorije	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>		

RIZICI U SADAŠNJOJ TRUDNOĆI	
1-gestacijski šećer	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>
2-EPH gestoza	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>
3-anemija	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>

PRIPREME za		Intervencije patронаžne sestre/tehničara
1-porod	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	
2-novorodenče	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	
3-dojenje	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>	

Ocjena

Datum

Potpis patронаžne sestre/tehničara

PRVA POSJETA

Datum prve posjete	Intervencije patронаžne sestre/tehničara
Zdravstveno stanje	
1-dojke i bradavice	
2-dojenje	
3-carski rez	
4-epiziotomija	
5-lohije	
6-mentalno stanje	
SAVJETOVANJE PORODILJE	
1-dojenju	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>
2-ishrani i ličnoj higijeni	1-DA <input type="checkbox"/> 2-NE <input type="checkbox"/>

PONOVNE POSJETE

Ponovne posjete datum	Identifikacija problema	Intervencije patронаžne sestre/tehničara

REDOVNE KONTROLE

1-ginekologa

1-DA 2-NE

 Potpis patронаžne sestre/tehničara

KANTON _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

Obr.br. PAT 7

Broj patronažnog kartona: _____
 Broj kartona: _____
 Datum otvaranja: _____

KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE ŠKOLSKOG DJETETA (6-18.godina)

Prezime/ime oca/ ime	_____
Matični broj	_____
Datum rođenja	_____
Mjesto rođenja	_____
Spol	1-Muško <input type="checkbox"/> 2-Žensko <input type="checkbox"/>
Adresa i kontakt telefon	_____
Alergije	_____
Status	
1-bračno	<input type="checkbox"/>
2-vanbračno	<input type="checkbox"/>
3-usvojeno	<input type="checkbox"/>
4-kod udomitelja	<input type="checkbox"/>

Prezime i ime majke _____
 Matični broj _____
 Datum rođenja _____
 Mjesto rođenja _____
 Adresa i kontakt telefon _____
 Zanimanje _____
 Alergije _____

Škola _____ razred _____

Dijete je pod nadzorom zdravstvene ustanove

1-DA koje: _____
 2-NE

Preležane bolesti i medicinske intervencije

POKRETLJIVOST		Intervencije patronažne sestre/tehničara
Pokretan 1-DA I__I 2-NE I__I		
Potrebna pomoć drugog lica 1-DA I__I 2-NE I__I		
za _____		
Ostala zapažanja patronažne sestre/tehničara		
SAVJETOVANJE PACIJENTA/ČLANOVA PORODICE		Intervencije patronažne sestre/tehničara
1-njega kože i sluznica 1-DA I__I 2-NE I__I		
2-njega stome 1-DA I__I 2-NE I__I		
3-prevenција limfedema 1-DA I__I 2-NE I__I		
RIZIČNO PONAŠANJE		
1-upotreba duhana 1-DA I__I 2-NE I__I		
2-upotreba alkohola 1-DA I__I 2-NE I__I		
3-upotreba psihoakt. supstanci 1-DA I__I 2-NE I__I		
TERAPIJA BOLA		
1-narkotik I__I 2-kombinovana I__I		
Naziv i doza lijeka 1-_____ / _____ mg		
2-_____ / _____ mg		
3-_____ / _____ mg		

PONOVNE POSJETE		
Datum	Identifikacija problema	Intervencije patronažne sestre/tehničara
REDOVNE KONTROLE		
Ljekara specijaliste 1-DA I__I 2-NE I__I	Porodičnog ljekara 1-DA I__I 2-NE I__I	
Stanje 1-poboljšanje I__I	2-pogoršanje I__I	navesti:
Datum		Potpis patronažne sestre/tehničara
I__I / I__I / I__I		

PONOVNE POSJETE		
Datum	Identifikacija problema	Intervencije patronažne sestre/tehničara
REDOVNE KONTROLE		
Ljekara specijaliste 1-DA I__I 2-NE I__I	Porodičnog ljekara 1-DA I__I 2-NE I__I	
Stanje 1-poboljšanje I__I	2-pogoršanje I__I	navesti:
Datum		Potpis patronažne sestre/tehničara
I__I / I__I / I__I		

SMJEŠTAJ	
U gerijatrijskoj ustanovi / hospis I__I	Datum I__I / I__I / I__I
ČLANSTVO U UDRUŽENJU OBOLJELIH	

KANTON _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

Obr.br. PAT 10

Broj patронаžnog kartona: _____

Broj kartona: _____

Datum otvaranja: _____

|_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE OBOLJELOG OD HRONIČNE BOLESTI

Prezime/ime oca/ime _____

Matični broj _____

Datum rođenja _____

Mjesto rođenja _____

Spol

1. Muško |_|

2. Žensko |_|

Adresa i kontakt telefon _____

Zanimanje _____

Alergija _____

MEDICINSKA DIJAGNOZA

Podaci o sadašnjem oboljenju

Šifra bolesti

novootkriveno

1-DA |_| 2-NE |_|

Liječen

1-ambulantno

1-DA |_| 2-NE |_|

u bolnici

1-DA |_| 2-NE |_|

2-na klinici

1-DA |_| 2-NE |_|

Pregled liječenja

Datum početka liječenja

|_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Hirurško 1-DA |_| 2-NE |_|

Konzervativno

1-DA |_| 2-NE |_|

Tip ili stepen oboljenja _____

DRUGA HRONIČNA OBOLJENJA

Naziv oboljenja

1-

2-

3-

4-

ČLANOVI PORODICE KOJI SE LIJEČE/LIJEČILI OD HRONIČNE BOLESTI

Navesti-srodstvo

1-

2-

3-

ZDRAVSTVENO STANJE

Datum prve posjete

|_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Zdravstveno stanje

TV _____ cm TT _____ kg BMI _____

TA _____ / _____ ŠUK _____

Bol

1-DA |_| 2-NE |_|

Opis bola

1-blaga bol |_| 2-umjerena bol |_| 3-jaka bol |_|

Lokalizacija

Stoma

1-DA |_| 2-NE |_| lokaliz _____

Inkontinencija

1-DA |_| 2-NE |_| vrsta _____

Aktivnosti dnevnog života

Pokretan

1-DA |_| 2-NE |_|

Potrebna pomoć drugog lica

1-DA |_| 2-NE |_|

za _____

Psihičko stanje _____

Intervencije patронаžne
sestre/tehničara

KANTON	_____	Obr.br. PAT 11
OPĆINA	_____	
ZDRAVSTVENA USTANOVA	_____	
SLUŽBA	_____	
	Broj patronažnog kartona:	_____
	Broj kartona:	_____
	Datum otvaranja:	____ ____ ____ ____ ____ ____

KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE OBOLJELOG OD TUBERKULOZE

Prezime/ime oca/ ime _____

Matični broj _____

Datum rođenja _____

Mjesto rođenja _____

Spol 1-Muško |__| 2-Žensko |__|

Adresa i kontakt telefon _____

Zanimanje _____

Alergije

PODACI O SADAŠNJEM OBOLJENJU

1-novootkriveno Nakon prekida terapije 1-DA |__| 2-NE |__|

2-recidiv

Liječen ambulantno

1-DA |__| u bolnici |__| na klinici |__| 2-NE |__|

PREGLED SPUTUMA

Šifra bolesti po MKB	1-razmaz BK pozitivan	1-DA __	2-NE __	kontrola: _____
	2-Levenštajn pozitivan	1-DA __	2-NE __	članova porodice: _____
	3-kultura (BACT ALERT)	1-DA __	2-NE __	drugih kontakata: _____
	Kategorija	1 __	2 __	3 __ 4 __

PODACI O PRETHODNOM OBOLJENJU OD TBC

1-bolničko liječenje 1-DA |__| 2-NE |__| datum: _____

2-lokalizacija _____

3-prekid terapije 1-DA |__| 2-NE |__| razlog: _____

LIJEČENI ČLANOVI PORODICE OD TBC

navesti ime/na: _____

1-ranije 1-DA |__| 2-NE |__|

2-trenutno: 1-DA |__| 2-NE |__|

PRVA POSJETA

Datum prve posjete ____ ____ ____ ____ ____ ____	Zdravstveno stanje	Intervencije patronažne sestre/tehničara:
TV: _____ cm	TT _____ kg	BMI _____
TA _____;	test na HIV 1-DA __ 2-NE __	Nadzor nad uzimanjem terapije: 1-DA __ 2-NE __
Datum početka terapije _____		
Savjetovanje pacijenata / članova porodice o:		
1-pripremi hrane i higijeni posuđa	1-DA __ 2-NE __	
2-značaju redovnog uzimanja terapije	1-DA __ 2-NE __	
3-pravilnom postupku sa ispljuvkom	1-DA __ 2-NE __	
4-pravilnom postupku sa kontaktima	1-DA __ 2-NE __	
RIZIČNO PONAŠANJE		
1-upotreba duhana	1-DA __ 2-NE __	
2-alkohola	1-DA __ 2-NE __	
3-psihoaktivnih supstanci	1-DA __ 2-NE __	

PONOVDNE POSJETE		
Datum	Identifikacija problema	Intervencije patронаžne sestre/tehničara:
		nadzor nad uzimanjem terapije 1-DA I__I 2-NE I__I
		nadzor nad uzimanjem terapije 1-DA I__I 2-NE I__I
		nadzor nad uzimanjem terapije 1-DA I__I 2-NE I__I
LJEČENJE 1-3. mjeseca		
Naziv i doza lijeka:		Datum isključivanja:
1.	/ mg	
2.	/ mg	
3.	/ mg	
4.	/ mg	
5.	/ mg	
Redovne kontrole		
1-pulmologa	1-DA I__I 2-NE I__I	3-laboratorija 1-DA I__I 2-NE I__I
2-rtg	1-DA I__I 2-NE I__I	4-razmaz/kultura pozitivan 1-DA I__I 2-NE I__I
Datum negativizacije:		
Ocjena/Datum		Potpis patронаžne sestre/tehničara
PONOVDNE POSJETE		
Datum	Identifikacija problema	Intervencije patронаžne sestre/tehničara:
		nadzor nad uzimanjem terapije 1-DA I__I 2-NE I__I
		nadzor nad uzimanjem terapije 1-DA I__I 2-NE I__I
		nadzor nad uzimanjem terapije 1-DA I__I 2-NE I__I
LJEČENJE 4-6. mjeseca		
Naziv i doza lijeka:		Datum isključivanja:
1.	/ mg	
2.	/ mg	
3.	/ mg	
4.	/ mg	
5.	/ mg	
Redovne kontrole		
1-pulmologa	1-DA I__I 2-NE I__I	3-laboratorija 1-DA I__I 2-NE I__I
2-rtg	1-DA I__I 2-NE I__I	4-razmaz/kultura pozitivan 1-DA I__I 2-NE I__I
Datum negativizacije:		
Ocjena/Datum		Potpis patронаžne sestre/tehničara
HRONIČNI/REZISTENTNI OBLICI		
Naziv i doza lijeka:		Datum isključivanja:
1.	/ mg	
2.	/ mg	
3.	/ mg	
4.	/ mg	
5.	/ mg	
Redovne kontrole		
1-pulmologa	1-DA I__I 2-NE I__I	3-laboratorija 1-DA I__I 2-NE I__I
2-rtg	1-DA I__I 2-NE I__I	4-razmaz/kultura pozitivan 1-DA I__I 2-NE I__I
Datum negativizacije:		
Ocjena/Datum		Potpis patронаžne sestre/tehničara

KANTON	_____	Obr.br. PAT 12
OPĆINA	_____	Broj patronažnog kartona: _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA	_____	Broj kartona: _____
SLUŽBA	_____	Datum otvaranja: _ _ _ _ _ _ _

NALOG ZA POSJETU PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA

Patronažna sestra/tehničar - Prezime i ime _____

VRSTA PRIJEVOZA

1-privatno vozilo 1-DA |_| | broj tablica _____ 2-NE |_| |

2-službeno vozilo |_| |

3-javni prevoz |_| |

4-ostalo |_| | navesti _____

Datum i vrijeme izdavanja naloga |_|_| |_|_| |_|_|_| _____

Nalog izdao _____

Vrijeme polaska |_|_| |_|_| Vrijeme povratka |_|_| |_|_|

Prezime i ime pacijenta	Adresa	Broj telefona	USLUGE			Potpis pacijenta
			Th	Lab	Ostalo	

KANTON	_____	Obr.br. PAT 12
OPĆINA	_____	Broj patronažnog kartona: _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA	_____	Broj kartona: _____
SLUŽBA	_____	Datum otvaranja: _ _ _ _ _ _ _

NALOG ZA POSJETU PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA

Patronažna sestra/tehničar - Prezime i ime _____

VRSTA PRIJEVOZA

1-privatno vozilo 1-DA |_| | broj tablica _____ 2-NE |_| |

2-službeno vozilo |_| |

3-javni prevoz |_| |

4-ostalo |_| | navesti _____

Datum i vrijeme izdavanja naloga |_|_| |_|_| |_|_|_| _____

Nalog izdao _____

Vrijeme polaska |_|_| |_|_| Vrijeme povratka |_|_| |_|_|

Prezime i ime pacijenta	Adresa	Broj telefona	USLUGE			Potpis pacijenta
			Th	Lab	Ostalo	

KANTON _____
 OpćINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

Broj patronažnog kartona: _____
 Broj kartona: _____
 Datum otvaranja: _____

PLAN PATRONAŽNE NJEGE

Prezime i ime: _____

Datum	Dijagnoza	Cilj	Planirane intervencije i postupci	Izvršene intervencije i postupci	Evaluacija	Potpis patronažne sestre/tehničara

Potpis patronažne sestre/tehničara _____

KANTON _____
 OPCINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

Datum: _____

PROTOKOL PLANIRANIH POSJETA PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA

Datum unosa podataka	Adresa i broj telefona	Trudnica	Porodilja	Novorođenče	Malo dijete	Školsko dijete	Hronični bolesnik	TBC	Porodica	Paliativni	Ostalo	Usluga	Vrsta usluge	Ime patronažne sestre koja treba obaviti posjetu	Datum i vrijeme tražnja posjete	Procjena rizika 1-visok 2-srednji 3-nizak	Napomena	Potpis patronažne sestre/tehničara
												K P						
												K P						
												K P						
												K P						
												K P						
												K P						
												K P						
												K P						

K-kurativa P-preventiva

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NJEGA _____

IZJAVA O ODBIJANJU POSJETE PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA

Potpisani (a): _____

Mjesto prebivališta: _____

Datum rođenja: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

1. Izjavljujem da se **NE SLAŽEM** da patronažna medicinska sestra izvede intervenciju zdravstvene njege koju je liječnik/ljekar opredijelio na radnom nalogu i/ili u otpusnom listu.

Naručilac radnog naloga: _____

Naručena intervencija: _____

2. Želim da me patronažna medicinska sestra više ne obilazi da bi izvela intervenciju koja je navedena u radnom nalogu do sljedećeg izdanog radnog naloga od strane zdravstvene službe.

Potvrđujem da mi je patronažna medicinska sestra dala objašnjenje o naručenoj intervenciji i o načinu izvedbe, te o očekivanoj koristi od zdravstvene njege.

Razumijem da odbijanje propisane intervencije zdravstvene njege može imati i posljedice po moje zdravlje i stanje.

Razumijem primljena usmena uputstva.

Razumijem značaj i posljedice odbijanja.

Odbijam intervenciju u slobodnoj volji.

Mjesto i datum: _____ |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Potpis pacijenta (ice): _____

Potpis druge osobe: _____

(roditelja/ skrbnika/rodbine/zakonitih zastupnika za osobe/lica koja nisu sposobna odlučivati sama o sebi).

Potpis patronažne medicinske sestre: _____

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

Datum prijema: ____/____/____

Br.evidencije: _____

OBRAZAC PRIJAVE INCIDENTNE SITUACIJE

1 Ime osobe koja piše prijavu _____

2 Datum i vrijeme dešavanja incidenta ____/____/____ Vrijeme _____

3 Mjesto dešavanja _____

4 DETALJI O PACIJENTU/pratiocu pacijenta koji je pretrpio štetu/mogao pretrpiti štetu

Prezime i ime pacijenta: _____

Pol 1-Muško ____ 2-Žensko ____

Dob ____

Razlog dolaska u ustanovu _____

5 Šta se desilo/opis na koji se incident desio:

6 Osoblje koje je bilo uključeno u incident ili su vidjeli incident (svjedoci):

7 Opišite aktivnosti koje su poduzete odmah da bi se zaštitila sigurnost pacijenta:

Prijedlog za plan poboljšanja u cilju otklanjanja/izbjegavanja ponavljanja incidenta i štetnih posljedica incidenta:

KANTON _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

OBRAZAC ANALIZE INCIDENTNE SITUACIJE

1 Šteta po pacijenta /navesti vrstu štete: _____

/bolest, patnja, smrt, povreda-fizička, psihička ili materijalna/

2 Klasifikacija štete:

1-katastrofalna 2-velika 3-umjerena 4-mala 5-bez vidljive štete

3 Vjerovatnoća ponovnog dešavanja incidenta:

1-velika 2-srednja 3-mala

4 OCJENA INCIDENTA PREMA KATEGORIJI RIZIKA:

VN-vrlo niski rizik (bez štete sa velikom, srednjom i malom vjerovatnoćom ponavljanja; sa malom štetom i malom vjerovatnoćom ponavljanja)

N-niski rizik (mala šteta sa velikom i srednjom vjerovatnoćom ponavljanja; umjerena šteta male vjerovatnoće ponavljanja)

S-srednji rizik (umjerena šteta velike i srednje vjerovatnoće ponavljanja; velika šteta male vjerovatnoće ponavljanja)

V-visoki rizik (velika i katastrofalna šteta, velike, srednje i male vjerovatnoće ponavljanja).

VN-vrlo niskog rizika S-srednjeg rizika

N-niskog rizika V-visokog rizika

5 KLASIFIKACIJA UZROKA INCIDENTNE SITUACIJE

Kategorija uzroka	Mogući uzročni faktor	X
PACIJENT	Stanje pacijenta, lični problemi, tretman, medicinska dokumentacija, odnos na relaciji osoblje-pacijent	
OSOBLJE	Vještine i znanje, fizički i mentalni pritisci, preopterećenost poslom, prekovremeni rad, nepropisna odjeća i obuća, verbalna komunikacija, pisana komunikacija	
ZADATAK	Raspoloživost i upotreba vodilja, procedura i protokola, dostupnost medicinske dokumentacije, raspoloživost i upotreba opreme, dizajn zadatka	
RADNO OKRUŽENJE	Sistem administracije, raspoloživost zabilješki/izvještaja, opreme i zalihe, raspoloživost osoblja, okruženje uključujući funkcionalnost objekta	
MENADŽMENT I ORGANIZACIJA	Vodstvo, organizaciona struktura, finansijski resursi, druga ograničenja:	
OSTALO		

Potpis: _____ Datum: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

KANTON _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

Broj patronažnog kartona: _____

Broj kartona: _____

Datum otvaranja: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PREPORUKA CENTRU ZA SOCIJALNI RAD

Mjesto _____

Upućuje se: _____

Ime (ime oca) i prezime _____

Matični broj |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Spol: 1-Muško |_|

2-Žensko |_|

Mjesto boravka/adresa _____

Adresa i kontakt telefon _____

Školska sprema 1-VSS |_| 2-VŠS |_| 3-SSS |_| 4-NSS |_|

Zanimanje _____

Zaposlenje _____

1-DA |_| navesti _____

2-NE |_|

Bračno stanje |_|_| Broj članova porodice sa kojima živi: |_|_|

Broj djece |_|_| Godine rođenja _____

SOCIJALNI STATUS PORODICE

Broj djece koja pohađaju					
obdanište	osnovnu školu	srednju školu	višu školu	fakultet	ništa od navedenog

Broj djece		Broj ostalih članova porodice	
zaposlenih	nezaposlenih	zaposlenih	nezaposlenih

Stambene prilike

1-stan/kuća |_| 3-smještaj u ustanovi |_|

2-podstanar |_| 4-beskućnik |_|

Razlog upućivanja (kratak opis problema)

Napomena: ukoliko se upućuje dijete navesti ime roditelja ili staratelja

Datum posjete: _____

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| MP.

 Potpis patronažne sestre/tehničara

