

Karton akušerske njege

Ovaj karton se otvara za sve porodilje na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Obavezno sadrži:

Broj kartona
Datum otvaranja kartona
Podaci i zdravstvenoj ustanovi
Lični podaci
Prezime, ime oca i ime
Datum, mjesec i godina rođenja
Jedinstveni matični broj
Adresa stanovanja
Bračno stanje
Zanimanje, šifra djelatnosti
Kategorija zdravstvenog osiguranja
Datum porođaja
Porođaj: na vrijeme, prije vremena, prolongirana trudnoća
Da li je rađena sekcija:
Mjesto porođaja
Ime i prezime doktora koji je obavio porođaj
Koliko je djece rođeno u porođaju
Ako je dijete umrlo-uzrok smrti
Porođajna težina djeteta
Porođajna dužina djeteta
Da li majka doji
Ako ne doji, zašto
Apgar Score (stanje novorođenčeta po porodu)
Njega
Dojke, bradavice dojki, lohija, ishrana, duševno stanje, lična higijena, hemoroidi, stanje epiziotomijske rane
Plan zdravstvene njege
Potrebe porodilje (problemi)
Očekivani rezultati
Planirane intervencije
Realizovane intervencije
Evaluacija

Knjiga evidencije o potrošnji opojnih droga u zdravstvenim ustanovama

Knjiga evidencije o potrošnji opojnih droga u zdravstvenim ustanovama obavezno sadrži:

Podaci o zdravstvenoj ustanovi
Ime i prezime pacijenta
Datum izdavanja
Vrsta opojne droge
Količina: Nabavljeno, Izdato, Stanje
Adresa i broj lične (osobne) karte pacijenta
Šifra bolesti
Propisivač opojne droge (Vrsta opojne droge, Doktor medicine)
Magistar farmacije

Knjiga evidencije o sterilizaciji

Knjiga evidencije o sterilizaciji obavezno sadrži:

Podaci o zdravstvenoj ustanovi
Datum i vrijeme početka sterilizacije
Datum i vrijeme završene sterilizacije
Vrsta i količina steriliziranog materijala
Podatke o aparatu za sterilizaciju
Vrsta sterilizacije
Provjera sterilizacije
Temperatura
Dužina trajanja sterilizacije
- Specifični parametri za određene vrste sterilizacije
- Zapisi provjere sterilizacije hemijskim indikatorom
- Zapisi provjere sterilizacije biološkim indikatorom

Kontrolu nakon završene sterilizacije obavio potpis i pečat

Potpis osobe koja preuzima materijal
Potpis osobe koja predaje materijal
Potpis osobe koja je završila sterilizaciju



1174

Na osnovu člana 55. stav (1) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12), federalni ministar zdravstva donosi

**PRAVILNIK
O OBLIKU, SADRŽAJU I NAČINU VOĐENJA
INDIVIDUALNIH IZVJEŠTAJNIH OBRAZACA I
DRUGIH POMOĆNIH OBRAZACA ZA VOĐENJE
EVIDENCIJA**

I. OPŠTA ODREDBA

Član 1.

(Predmet)

- (1) Ovim pravilnikom bliže se uređuje oblik, sadržaj i način vođenja individualnih izvještajnih obrazaca i drugih pomoćnih obrazaca za vođenje evidencija, kao i druga pitanja od značaja za individualne izvještajne obrasce i druge pomoćne obrasce.
- (2) Vođenje individualnih izvještajnih obrazaca i drugih pomoćnih obrazaca je od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Federacija), kao i dostavljanje izvještaja zavodima za javno zdravstvo koji je sastavni dio stručnog medicinskog rada zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika i obavlja se po odredbama ovog pravilnika.

II. OBLIK I SADRŽAJ OBRAZACA

Član 2.

(Individualni izvještajni obrasci)

- (1) Za određene pojave koje se prate u sektoru zdravstva, zdravstvene ustanove, odnosno odgovorni zdravstveni radnici, popunjavaju i dostavljaju, na propisan način i u zakonski propisanim rokovima, odgovarajuće individualne izvještajne obrasce.
- (2) U zdravstvenim ustanovama vode se slijedeći individualni izvještajni obrasci:
 - a) Bolesničko-statistički list; Bolesničko-statistički list - ONKO tip i Bolesničko-statistički list - psihijatrijski tip,
 - b) Prijava oboljenja-smrti od zaraznih bolesti,
 - c) Prijava oboljelog od HIV/AIDS-a,
 - d) Prijava oboljelog djeteta od HIV/AIDS-a,
 - e) Prijava smrti oboljelog od HIV/AIDS-a,
 - f) Prijava o tuberkulozi,
 - g) Prijava bolničke infekcije,
 - h) Prijava/odjava epidemije zarazne bolesti,
 - i) Prijava postvakcinalne komplikacije,
 - j) Prijava porođaja,
 - k) Prijava prekida trudnoće,
 - l) Prijava nesreće/ozljede na poslu,
 - m) Prijava o profesionalnoj bolesti,
 - n) Prijava privremene spriječenosti za rad,
 - o) Prijava povrede u promet,
 - p) Prijava oboljelog od maligne neoplazme,
 - q) Prijava oboljelog od šećerne bolesti/diabetes mellitus,
 - r) Prijava oboljelog od hronične bubrezne insuficijencije,
 - s) Prijava kongenitalne malformacije,
 - t) Prijava oboljelog od hronične psihoze,
 - u) Prijava liječenih ovisnika od psihoaktivnih supstanci.

- (3) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnih izvještajnih obrazaca iz stava (2) tač. a), tač. j) do m), tač. o) do u) ovog člana propisani su na Obrascima koji se nalaze u Prilogu 1. ovog pravilnika, i čine njegov sastavni dio.
- (4) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnih izvještajnih obrazaca iz stava (2) tač. b), f) i h) ovog člana propisani su Pravilnikom o načinu prijavljivanja zaraznih bolesti ("Službene novine Federacije BiH", broj 101/12).
- (5) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnih izvještajnih obrazaca iz stava (2) tač. c), d) i e) ovog člana propisani su Pravilnikom o načinu prijavljivanja HIV/AIDS-a u Federaciji Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", broj 36/09).
- (6) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnog izvještajnog obrasca iz stava (2) tačka g) ovog člana propisan je Pravilnikom o uslovima i provođenju mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija ("Službene novine Federacije BiH", broj 84/10).
- (7) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnog izvještajnog obrasca iz stava (2) tačka i) 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).
- (8) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnog izvještajnog obrasca iz stava (2) tačka n) ovog člana propisan je Pravilnikom o postupku i kriterijima za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad osiguranika ("Službene novine Federacije BiH", broj 3/17).

Član 3.

(Obaveza popunjavanja i dostavljanja individualnih izvještajnih obrazaca)

Sve javne i privatne zdravstvene ustanove, kao i nosioci privatne prakse u Federaciji obavezni su popunjavati i dostavljati individualne izvještajne obrasce iz svog djelokruga rada nadležnom kantonalnom zavodu za javno zdravstvo i to na obrascima propisanim ovim pravilnikom, kao i obrascima utvrđenim propisima iz st. (4) do (7) člana 2. ovog pravilnika. Izuzetak je stav (8) člana 2. ovog pravilnika individualni izvještaj koji se dostavlja nadležnom zavodu zdravstvenog osiguranja, a prema dinamici utvrđenoj u Programu statističkih istraživanja od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine, u skladu sa Zakonom o statistici u Federaciji Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", br. 63/03 i 9/09).

Član 4.

(Pomoćni obrasci za vođenje evidencija)

- (1) U zdravstvenim ustanovama i privatnim praksama koriste se slijedeći pomoćni obrasci za vođenje evidencija:
- recepti,
 - uputnica specijalisti, nalaz i mišljenje,
 - uputnica u bolnicu,
 - uputnica u laboratoriju,
 - laboratorijski nalaz,
 - ljekarsko uvjerenje,
 - sanitarna knjižica,
 - zdravstvena knjižica.
- (2) Oblik, sadržaj i način vođenja pomoćnih obrazaca iz stava (1) tač. b) do f) ovog člana nalaze se u Prilogu 2. ovog pravilnika i čine njegov sastavni dio.
- (3) Oblik, sadržaj i način vođenja pomoćnog obrasca iz stava (1) tačka a) ovog člana propisan je Pravilnikom o uslovima za propisivanje i izdavanje lijekova u prometu na malo ("Službene novine Federacije BiH", br. 42/11, 64/11 i 82/11).

- (4) Oblik, sadržaj i način vođenja pomoćnog obrasca iz stava (1) tačka g) ovog člana propisan je Pravilnikom o načinu obavljanja zdravstvenih pregleda lica pod zdravstvenim nadzorom ("Službene novine Federacije BiH", br. 20/08 i 39/14).
- (5) Oblik, sadržaj i način vođenja pomoćnog obrasca iz stava (1) tačka h) ovog člana propisan je Uputstvom o sadržaju i obliku zdravstvene iskaznice ("Službene novine Federacije BiH", br. 43/14 i 47/15).

Član 5.

(Obaveza vođenja evidencija na pomoćnim obrascima)

Sve javne i privatne zdravstvene ustanove, kao i nosioci privatne prakse u Federaciji obavezni su voditi evidencije na pomoćnim obrascima utvrđenim u članu 4. ovog pravilnika.

Član 6.

(Javnozdravstveni registri)

- (1) Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Federalni zavod) na osnovu individualnih izvještajnih obrazaca vodi javnozdravstvene registre o bolestima od većeg socijalno-medicinskog značaja, i to kako slijedi:
- Registar malignih neoplazmi,
 - Registar šećerne bolesti,
 - Registar hronične bubrežne insuficijencije,
 - Registar kongenitalnih malformacija,
 - Registar hroničnih psihoza,
 - Registar liječenih ovisnika o psihoaktivnim supstancama.
- (2) Federalni zavod obavezan je razviti metodologije vođenja registara iz stava (1) ovog člana u saradnji sa zdravstvenim ustanovama koje se u okviru svoje djelatnosti bave bolestima od većeg socijalno-medicinskog značaja, a za koje se uspostavljaju registri.

III. NAČIN VOĐENJA INDIVIDUALNIH IZVJEŠTAJNIH OBRAZACA I DRUGIH POMOĆNIH OBRAZACA ZA VOĐENJE EVIDENCIJA

Član 7.

(Obrađena evidencija)

- (1) Pri vođenju individualnih izvještajnih obrazaca i drugih pomoćnih obrazaca za obradu evidencija primjenjuju se jedinstvene definicije, nomenklature, klasifikacije i drugi elementi statističke metodologije, a koje utvrđuje i objavljuje Federalni zavod, uz prethodno pribavljenu saglasnost federalnog ministra zdravstva.
- (2) Federalni zavod obavezan je razviti metodologiju za protoke informacija individualnih izvještajnih obrazaca utvrđenih u članu 2. ovog pravilnika.

Član 8.

(Rokovi za dostavljanje individualnih izvještajnih obrazaca)

- (1) Individualne izvještajne obrasce zdravstvene ustanove dostavljaju do 5. (petog) dana tekućeg mjeseca za prethodni mjesec nadležnom kantonalnom zavodu za javno zdravstvo, a prema Programu statističkih istraživanja od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine.
- (2) Individualni izvještajni obrazac iz člana 2. stav (2) tačka n) ovog pravilnika, zdravstvene ustanove dostavljaju do 5. (petog) dana tekućeg mjeseca za prethodni mjesec nadležnom kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja, a prema propisima o postupku i kriterijima za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad osiguranika.

Član 9.

(Tajnost podataka)

Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici dužni su čuvati tajnost podataka iz medicinske dokumentacije koje obrađuju i

koriste za popunjavanje individualnih izvještajnih obrazaca i drugih pomoćnih obrazaca, a u skladu sa Zakonom o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12) i propisima o zaštiti ličnih podataka.

Član 10.

(Stručni nadzor)

Stručni nadzor u zdravstvenim ustanovama nad vođenjem i dostavljanjem individualnih izvještajnih obrazaca propisanih ovim pravilnikom obavljaju nadležni kantonalni zavodi za javno zdravstvo.

IV. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 11.

(Metodološko uputstvo)

Federalni zavod će u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovog pravilnika utvrditi metodološko uputstvo koje sadrži:

- 1) način i postupak za popunjavanje obrazaca, kao i protoke informacija individualnih izvještajnih obrazaca i pomoćnih obrazaca utvrđenih čl. 2. i 4. ovog pravilnika,
- 2) definicije, nomenklature, klasifikacije i druge elemente statističke metodologije, koji se primjenjuju za vođenje medicinske dokumentacije, evidencije i sastavljanje izvještaja.

Član 12.

(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 01-37-3575-2/18

31. jula 2018. godine

Sarajevo

Ministar

Doc. dr. Vjekoslav Mandić, s. r.

Na temelju članka 55. stavak (1) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12), federalni ministar zdravstva donosi

PRAVILNIK O OBLIKU, SADRŽAJU I NAČINU VOĐENJA INDIVIDUALNIH IZVJEŠTAJNIH OBRAZACA I DRUGIH POMOĆNIH OBRAZACA ZA VOĐENJE EVIDENCIJA

I. OPĆA ODREDBA

Članak 1.

(Predmet)

- (1) Ovim pravilnikom bliže se uređuje oblik, sadržaj i način vođenja individualnih izvještajnih obrazaca i drugih pomoćnih obrazaca za vođenje evidencija, kao i druga pitanja od značaja za individualne izvještajne obrasce i druge pomoćne obrasce.
- (2) Vođenje individualnih izvještajnih obrazaca i drugih pomoćnih obrazaca je od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Federacija), kao i dostavljanje izvješća zavodima za javno zdravstvo koje je sastavni dio stručnog medicinskog rada zdravstvenih ustanova i zdravstvenih djelatnika i obavlja se po odredbama ovog pravilnika.

II. OBLIK I SADRŽAJ OBRAZACA

Članak 2.

(Individualni izvještajni obrasci)

- (1) Za određene pojave koje se prate u sektoru zdravstva, zdravstvene ustanove, odnosno odgovorni zdravstveni djelatnici, popunjavaju i dostavljaju, na propisan način i u

zakonski propisanim rokovima, odgovarajuće individualne izvještajne obrasce.

- (2) U zdravstvenim ustanovama vode se slijedeći individualni izvještajni obrasci:
 - a) Bolesničko-statistički list; Bolesničko-statistički list - ONKO tip i Bolesničko-statistički list - psihijatrijski tip,
 - b) Prijava oboljenja-smrti od zaraznih bolesti,
 - c) Prijava oboljelog od HIV/AIDS-a,
 - d) Prijava oboljelog djeteta od HIV/AIDS-a,
 - e) Prijava smrti oboljelog od HIV/AIDS-a,
 - f) Prijava o tuberkulozi,
 - g) Prijava bolničke infekcije,
 - h) Prijava/odjava epidemije zarazne bolesti,
 - i) Prijava postvakcinalne komplikacije,
 - j) Prijava porođaja,
 - k) Prijava prekida trudnoće,
 - l) Prijava nesreće/ozljede na poslu,
 - m) Prijava o profesionalnoj bolesti,
 - n) Prijava privremene spriječenosti za rad,
 - o) Prijava povrede u prometu,
 - p) Prijava oboljelog od maligne neoplazme,
 - q) Prijava oboljelog od šećerne bolesti/diabetes mellitus,
 - r) Prijava oboljelog od kronične bubrežne insuficijencije,
 - s) Prijava kongenitalne malformacije,
 - t) Prijava oboljelog od kronične psihoze,
 - u) Prijava liječenih ovisnika od psihoaktivnih supstanci.
- (3) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnih izvještajnih obrazaca iz stavka (2) toč. a), toč. j) do m), toč. o) do u) ovog članka propisani su na Obrascima koji se nalaze u Pravitku 1. ovog pravilnika, i čine njegov sastavni dio.
- (4) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnih izvještajnih obrazaca iz stavka (2) toč. b), f) i h) ovog članka propisani su Pravilnikom o načinu prijavljivanja zaraznih bolesti ("Službene novine Federacije BiH", broj 101/12).
- (5) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnih izvještajnih obrazaca iz stavka (2) toč. c), d) i e) ovog članka propisani su Pravilnikom o načinu prijavljivanja HIV/AIDS-a u Federaciji Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", broj 36/09).
- (6) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnog izvještajnog obrasca iz stavka (2) točka g) ovog članka propisan je Pravilnikom o uvjetima i provođenju mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija ("Službene novine Federacije BiH", broj 84/10).
- (7) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnog izvještajnog obrasca iz stavka (2) točka i) ovog članka propisan je Pravilnikom o načinu provođenja obvezne imunizacije, imunoprofilakse i kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se podvrgavaju toj obvezi ("Službene novine Federacije BiH", br. 68/16 i 16/17).
- (8) Oblik, sadržaj i način vođenja individualnog izvještajnog obrasca iz stavka (2) točka n) ovog članka propisan je Pravilnikom o postupku i kriterijima za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad osiguranika ("Službene novine Federacije BiH", broj 3/17).

Članak 3.

(Obveza popunjavanja i dostavljanja individualnih izvještajnih obrazaca)

Sve javne i privatne zdravstvene ustanove, kao i nositelji privatne prakse u Federaciji obvezni su popunjavati i dostavljati individualne izvještajne obrasce iz svog djelokruga rada nadležnom kantonalnom zavodu za javno zdravstvo i to na obrascima propisanim ovim pravilnikom, kao i obrascima

PRILOZI

Prilog 1. Individualni izvještajni obrasci

FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBIH		Obr.br 1-I-BSL
KANTON	_____	<input type="checkbox"/>
OPĆINA	_____	<input type="checkbox"/>
ZDRAVSTVENA USTANOVA	_____	<input type="checkbox"/>
ODJELJENJE	_____	<input type="checkbox"/>
BOLESNIČKO-STATISTIČKI LIST		
1 Prezime /ime oca/ ime	_____	
2 Datum rođenja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 Spol 1 - M; 2 - Ž <input type="checkbox"/>
4 Matični broj	_____	
5 Adresa:	_____	
6 Zanimanje:	_____	
7 Bračno stanje:	1 neoženjen/neudata 3 izvanbračna zajednica 5 udovac/udovica	<input type="checkbox"/>
	2 oženjen/udana 4 rastavljen/rastavljena 6 nepoznato	<input type="checkbox"/>
8 Radni status:	<input type="checkbox"/>	
	0 dijete 3 učenik 6 domaćica 9 nepoznato	<input type="checkbox"/>
	1 redovan posao 4 student 7 poljoprivrednik	<input type="checkbox"/>
	2 nezaposlen / povremeni posao 5 penzioner 8 samostalna djelatnost	<input type="checkbox"/>
9 Datum prijema:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10 Datum ispisa: _____
11 Broj bolesničkih dana:	_____	
12 Razlog hospitalizacije:	1 bolest 2 povreda 3 rehabilitacija	<input type="checkbox"/>
13 Osnovna dijagnoza prema MKB	_____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
14 Ostale dijagnoze	_____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
15 Broj istorije bolesti	_____	
16 Vrsta operativnog zahvata	_____	
17 Mjesto povrede:	1 na radu 2 u kući/domaćinstvu	<input type="checkbox"/>
	3 u vrtiću/školi 4 sportska povreda	<input type="checkbox"/>
	5 ostalo	<input type="checkbox"/>
18 Spoljni uzrok povrede po MKB	_____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
19 Stanje pri otpustu:	1 izliječen 2 neizliječen	<input type="checkbox"/>
	3 umro i odbukovan 4 umro, nije odbukovan	<input type="checkbox"/>
	5 premješten u drugu zdravstvenu ustanovu	<input type="checkbox"/>
20 Ishod rehabilitacije:	1 osposobljen za svoj posao	<input type="checkbox"/>
	2 osposobljen za rad uz promjenu radnog mjesta	<input type="checkbox"/>
	3 osposobljen za rad pod uslovom da se prekvalifikuje	<input type="checkbox"/>
	4 osposobljen samo za vršenje neophodnih aktivnosti	<input type="checkbox"/>
	5 osposobljen za rad sa skraćenim radnim vremenom	<input type="checkbox"/>
	6 liječen bez uspjeha	<input type="checkbox"/>
21 Za umrle, osnovni uzrok smrti prema MKB	_____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Datum:	M.P.	Potpis:

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBIH**

Obr.br.1-I-BSL-ONKO

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

BOLESNIČKO-STATISTIČKI LIST - ONKO TIP

PODACI O PACIJENTU I BORAVKU U USTANOVI

1 Prezime /ime oca/ ime _____

2 Datum rođenja **3** Spol 1 - M; 2 - Ž

4 Matični broj

5 Adresa _____

6 Zanimanje _____

7 Bračno stanje: 1 neoženjen/neudata 3 izvanbračna zajednica 5 udovac/udovica
2 oženjen/udana 4 rastavljen/rastavljena 6 nepoznato

8 Radni status:
0 dijete 3 učenik 6 domaćica 9 nepoznato
1 redovan posao 4 student 7 poljoprivrednik
2 nezaposlen / povremeni posao 5 penzioner 8 samostalna djelatnost

9 Datum prijema bolesnika
/dan, mjesec, godina/

10 Datum otpusta iz ustanove
/dan, mjesec, godina/

11 Osnovna maligna bolest koji je uzrok ove hospitalizacije, odnosno boravka u dnevnoj bolnici:

Primarna dijagnoza _____ /
/sifra MKB/

Laterálnost za parne organe:
1 D 2 L 3 bilateralno 4 nije paran organ 9 nepoznato

Metastaze _____ /
(navesti organe) /sifra MKB/

12 Način otpusta _____	<input type="checkbox"/>			
1 kući	4 umro (nije obducičan)			
2 u drugu stac. zdrav. ustanovu	5 ostalo			
3 umro (obducičan)	9 nepoznato			
13 Broj istorije bolesti _____	<input type="checkbox"/>			
14 Datum utvrđivanja sadašnjeg malignoma: (dan, mjesec, godina) _____	<input type="checkbox"/>			
	/dan, mjesec, godina/			
15 Je li ranije utvrđen neki drugi primarni malignom: _____	1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>			
Dan, mjesec, godina _____	<input type="checkbox"/>			
	/dan, mjesec, godina/			
_____	<input type="checkbox"/>			
	/sifra MKB/			
16 Stadij bolesti prije primarne terapije:				
a) T _____ 1 N _____ 1 M _____ 1				
b) Stadij bolesti za ginekološki rak i hemoblastoze _____	<input type="checkbox"/>			
c) Stadij (ako nije utvrđen stadij prema TNM-u): _____	<input type="checkbox"/>			
0 in situ	1 lokaliziran	2 lokalno uznapredovao		
3 regionalne metastaze	4 udaljene metastaze	9 nepoznato		
17 Dijagnostika sadašnjeg malignoma: _____	<input type="checkbox"/>			
1 - histološki	3 biohemijskim ili imunološkim testom	5 kliničkim pregledom		
2 - citološki ili hematološki	4 eksplorativna operacija (bez histologije)	6 ostalo		
18 Histološka (citološka) dijagnoza: _____	<input type="checkbox"/>			
	/dijagnoza prema morfologiji neoplazmi iz MKB 10/			
	/sifra MKB/			
19 Ustanova koja je dala histološku ili citološku dijagnozu _____				
	(naziv)			
20 Provedena terapija u ovoj hospitalizaciji: _____	<input type="checkbox"/>			
1 hirurška: radikalna palijativna _____	/vrsta zahvata/			
2 radioterapija: radikalna palijativna _____				
3 kemoterapija _____				
4 hormonska	5 imunoterapija	6 simptomatska	7 odbijena terapija	8 bez terapije
21 Način otkrivanja u odnosu na skrining program: _____	<input type="checkbox"/>			
1 otkriven u skrining programu	3 ostalo	9 nepoznato		
2 intervalni karcinomi	4 neprimjenjeno			
Datum: _____	Potpis: _____			
	M.P. _____			

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

Obr.br.1-I-BSL-PSIH

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

BOLESNIČKO-STATISTIČKI LIST - PSIHIJATRIJSKI OBRAZAC

Način prijavljivanja: 1 Bolničko liječenje 2 Dnevna bolnica

1 Prezime /ime oca/ ime _____

2 Datum rođenja **3** Spol 1 - M; 2 - Ž

4 Matični broj _____

5 Adresa _____

6 Zanimanje _____

7 Bračno stanje: 1 neoženjen/neudata 3 izvanbračna zajednica 5 udovac/udovica
2 oženjen/udana 4 rastavljen/rastavljena 6 nepoznato

8 Radni status:
0 dijete 3 učenik 6 domaćica 9 nepoznato
1 redovan posao 4 student 7 poljoprivrednik
2 nezaposlen / povremeni posao 5 penzioner 8 samostalna djelatnost

9 Obrazovanje
1 bez osnovne škole
2 nezavršena osnovna škola
3 završena osnovna škola
4 SSS
5 VŠS
6 VSS
7 nepoznato

10 Borac/branitelj/invalid odbrambeno-oslobodilačkog rata 1 - DA; 2 - NE

11 Datum prijema	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	/dan, mjesec, godina/	
12 Prisilni prijem	1 - DA; 2 - NE	<input type="checkbox"/>
13 Datum otpusta iz ustanove	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	/dan, mjesec, godina/	
14 Glavna (psihijatrijska) dijagnoza pri ispisu	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		/sifra MKB/
15 Somatska dijagnoza	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		/sifra MKB/
16 Druga psihijatrijska dijagnoza	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		/sifra MKB/
17 Osnovni uzrok smrti	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		/sifra MKB/
18 Vanjski uzrok smrti	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		/sifra MKB/
19 Način otpusta		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 kući		
2 kući uz nadzor CMZ-a		
3 u drugu stac.zdr. ustanovu		
4 u dnevnu bolnicu		
5 u socijalnu ustanovu, ako da u koju:	_____	
6 zaštićeno stanovanje		
7 umro (obdukovan)		
8 umro (nije obdukovan)		
9 ostalo		
10 nepoznato		
20 Broj istorije bolesti		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21 Poslovna sposobnost		<input type="checkbox"/>
1 nije oduzeta		
2 djelimično oduzeta		
3 potpuno oduzeta		
4 nepoznato		
22 Odnos prema sudu		<input type="checkbox"/>
1 dobrovoljni smještaj		
2 sigurnosne mjere-lijecenje		
3 zaštitna mjera - liječenje od ovisnosti		
4 zaštitna mjera - psihosocijalni tretman		
5 vještačenje		
6 nepoznato		
Datum:		Potpis:
	M.P.	

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBIH**

Obr.br. 10-I-PP

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

PRIJAVA POROĐAJA

PODACI O DJETETU

1 Dijete rođeno _____ 1 živorođeno _____ 2 mrtvorodeno _____

2 Spol djeteta _____ 1 - M; 2 - Ž _____

3 Dan, mjesec, godina, sat i minut rođenja _____
/dan, mjesec, godina/

/sat/ /minut/

4 Tjelesna težina na rođenju (u gramima) _____

5 Tjelesna dužina na rođenju (u cm) _____

6 Obim glave (u cm) _____

7 Gestaciona starost (u navršenim sedmicama) _____

8 Vidljive urođene anomalije _____ 1-DA 2-NE _____

ako je DA:

nervnog sistema _____ 1-DA 2-NE _____

oka, uha, lica, vrata _____ 1-DA 2-NE _____

dišnog sistema _____ 1-DA 2-NE _____

krvotoka _____ 1-DA 2-NE _____

rascjep nepca i usne _____ 1-DA 2-NE _____

anomalije probavnog sistema _____ 1-DA 2-NE _____

spolnih organa _____ 1-DA 2-NE _____

urinarnog sistema _____ 1-DA 2-NE _____

mišićno-koštanog sistema _____ 1-DA 2-NE _____

višestruke urođene anomalije _____ 1-DA 2-NE _____

Hromozomske anomalije (navesti) _____

9 Stanje novorođenčeta po porodu (Apgar Score) _____

10 Ukoliko je dijete umrlo, navesti osnovni uzrok smrti (Šifra po MKB X) _____
/šifra MKB/

PODACI O MAJCI			
11 Prezime /ime oca/ ime _____			
Matični broj		<input type="text"/>	<input type="text"/>
12 PREBIVALIŠTE MAJKE			
Mjesto	_____		
Ulica i broj	_____		
Opština		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Država		<input type="text"/>	<input type="text"/>
13 Zanimanje majke _____			
14 Ukupan broj porođaja (uključujući i zadnji)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
15 Koliko je djece majka do sada rodila (računajući i posljednje rođeno)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
16 Ukupan broj prekida trudnoće		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vrsta prekida trudnoće		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 namjerni			
2 medicinski indiciran			
3 spontani			
17 Datum prijema	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		/dan, mjesec, godina/	
18 Datum ispisa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		/dan, mjesec, godina/	
19 Datum porođaja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		/dan, mjesec, godina/	
20 Porođaj bio		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 prije vremena			
2 na vrijeme			
3 sa prolongiranom trudnoćom			
21 Porod dovršen		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 prirodnim putem			
2 indukovan			
3 sekcija			
22 Broj djece u ovom porođaju		<input type="text"/>	<input type="text"/>
23 Komplikacije u trudnoći ukoliko je DA upisati šifru po MKB X	1- DA; 2 - NE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		/Šifra MKB/	
24 Komplikacije za vrijeme porođaja ukoliko je DA upisati šifru po MKB X	1- DA; 2 - NE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		/Šifra MKB/	
25 Stanje porodilje pri ispisu		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 zdrava			
2 oboljela			
3 umrla i obducirana			
4 umrla, nije obducirana			
Ukoliko je majka umrla navesti osnovni uzrok smrti majke (Šifra po MKB X)			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		/Šifra MKB/	
Datum:		Potpis:	
	M.P.		

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

Obr.br. 11-I-PT

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

PRIJAVA PREKIDA TRUDNOĆE

1 Prezime /ime oca/ ime _____

2 Matični broj _____

3 Datum rođenja _____
/dan, mjesec, godina/4 Adresa _____
/ulica i broj/

5 Zanimanje _____

6 Vrsta prekida trudnoće _____
1 namjerni prekid
2 medicinski indiciran prekid7 Datum intervencije _____
/dan, mjesec, godina/vrijeme intervencije _____
/sati/ /minuta/8 Kategorija prekida trudnoće _____
1 hirurški
2 medikamenti

9 Anestezija 1 - DA; 2 - NE _____

10 Vrsta anestezije _____
1 lokalna
2 i.v.kratkotrajna
3 endotrahealna

11 Vrsta ordiniranog medikamentoznog sredstva _____

12 Trajanje trudnoće (u sedmicama) kada se vrši prekid _____

13 Broj ranijih prekida trudnoće _____

14 Vrijeme odmora nakon izvršene intervencije _____
/sati/ /minuta/15 Vrijeme napuštanja ordinacije nakon intervencije _____
/sati/ /minuta/1 sama
2 u pratnji _____

Datum:

M.P.

Potpis:

PRIJAVA KOMPLIKACIJA U TOKU I NAKON PREKIDA TRUDNOĆE

1 Prezime /ime oca/ ime _____

2 Matični broj

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Datum rođenja

--	--

 /dan, mjesec, godina/

--	--	--	--	--	--	--	--

4 Datum kada je izvršen prekid trudnoće

--	--

 /dan, mjesec, godina/

--	--	--	--	--	--	--	--

5 Datum javljanja zbog komplikacija

--	--

 /dan, mjesec, godina/

--	--	--	--	--	--	--	--

6 Simptomi/dijagnoza _____

--	--	--	--	--

 /

--	--

 šifra MKB

7 Upućena na hospitalizaciju 1 - DA; 2 - NE

Datum: _____ **Potpis:** _____
M.P.

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

Obr.br. 12-I-NP

KANTON	_____	_____	_____	_____
OPĆINA	_____	_____	_____	_____
ZDRAVSTVENA USTANOVA	_____	_____	_____	_____

PRIJAVA NESREĆE/POVREDE NA POSLU

I. PODACI O OBVEZNIKU PRIJAVE (POPUNJAVA POSLODAVAC)

Redni broj	PITANJA	ODGOVORI (ispunjava obveznik podnošenja prijave)
1	Puni naziv (za privatnog poslodavca ime i prezime)	
2	Šifra obveznika	_____
3	Vrsta, grana i šifra djelatnosti	_____
4	Puna adresa	Mjesto
		Adresa (ulica i broj)
		Općina
		Kanton
5	1. sjedišta 2. mjesta rada Veličina poduzeća (broj zaposlenih)	_____

II. PODACI O OZLJEĐENOJ OSOBI

6	Ime, ime roditelja i prezime ozljeđene osobe	
7	JMB	_____
8	Broj osigurate osobe	_____
9	Osnova osiguranja, status zaposlenja	1 zaposlenik 2 samozaposlenik 3 drugo
10	Spol	1 M 2 Ž _____
11	Kada i gdje je rođen	Datum (dan, mjesec i godina)
		_____ /dan mjesec/ godina/
12	Prebivalište	Mjesto
13		Općina
14		Mjesto
15		Adresa (ulica i broj)
16		Općina
17	Kanton	_____
18	Zanimanje (posao koji obavlja u svom redovitom radu po klasifikaciji zanimanja)	_____ / _____
19	Školska sprema (I - VII stupnja)	
20	Stručno obrazovanje	NKV <input type="checkbox"/> VKV <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> VŠS <input type="checkbox"/> VSS <input type="checkbox"/>
21	Stručna sprema za rad na radnom mjestu (NKV, VKV, SSS, VŠS, VSS)	NKV <input type="checkbox"/> VKV <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> VŠS <input type="checkbox"/> VSS <input type="checkbox"/>
22	Vrsta rada: 1. rad na određeno vrijeme 2. rad na neodređeno 3. povremeni poslovi na ugovor 4. školovanje 5. ostalo **	_____
23	Ozljeda se dogodila na:	1 redovitim poslovima na radnom mjestu <input type="checkbox"/> 2 povremenim poslovima na drugom radnom mjestu <input type="checkbox"/>
24	Radno vrijeme	puno radno vrijeme <input type="checkbox"/> djelomično radno vrijeme <input type="checkbox"/>
25	Da li je osposobljena iz zaštite na radu za rad na siguran način za poslove koje obavlja	1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>
26	Posao koji je radio/la u trenutku kada se dogodila ozljeda	_____
27	Koliko je dugo ozljeđena osoba radila posao na kome je ozljeđena (tijekom svog radnog staža)	_____ /dana, mjeseci, _____
28	Koliko je sati osoba radila toga radnog dana prije ozljede (navesti broj sati)	_____ /sati, minuta/
29	Ozljeda se dogodila za vrijeme: 1. redovitog; 2. produženog; 3. izvanrednog rada	_____
30	Da li se radnik ranije ranije ozljeđivao na radu: koliko puta i kada	1 nije bilo povređivanja ranije <input type="checkbox"/> 2 posljednjih 1-5 godina 3 posljednjih 5 i više <input type="checkbox"/>

III. PODACI O NESREĆI/POVREDI NA POSLU

31		Datum (dan, mjesec i godina)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32		Dan u sedmici	<input type="text"/>						
33		Doba dana (od 0 do 24 sata)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
34	Kada se ozljeda dogodila	Na mjestu obavljanja poslova odnosno rad.zadaca (DA, NE).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
35		Na redovno mjestu	od stana do stalnog mjesta rada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
36			od stalnog mjesta rada do stana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
37		Na službenom putu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
38		Ostalo (na nekom drugom mjestu)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39		Nacin nastanka ozljede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
40		Izvor ozljede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
41		Uzrok ozljede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42		Da li su na doticnom poslu utvrđene opasnosti i štetnosti (da-ne) (opisati vrstu opasnosti i štetnosti) i ko je utvrdio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
43	Korištenje osobnih zaštitnih sredstava	Da li je bilo naredeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
44		Da li su korištena osobna zaštitna sredstva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
45		Da li su primjenjena osnovna pravila zaštite na radu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46		Da li su primjenjena posebna pravila zaštite na radu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47		Da li je obavljen uviđaj od strane policije (da-ne)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
48		Da li je obavljen uviđaj od strane inspekcije zaštite na radu; ako DA, navesti ime inspektora zaštite na radu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
49		Da li se slična povreda desila na istom mjestu i na istom poslu i kada (datum)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV. PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

50	Ime, prezime i funkcija	<input type="text"/>
51	Adresa prebivališta	<input type="text"/>

V. PODACI O OČEVIDCU

52	Ime i prezime	<input type="text"/>
53	Adresa prebivališta	<input type="text"/>
Mjesto: <input type="text"/> Datum podnošenja prijave: <input type="text"/>		<input type="text"/>
		Da li je obavještena služba inspekcije rada 1-DA; 2-NE <input type="text"/>

Ime, prezime i funkcija odgovorne osobe

M.P.

Potpis odgovorne osobe

VI. IZVJEŠTAJ DOKTORA KOJI JE PREGLEDAO POVRIJEĐENOG

54	Ime i prezime, adresa doktora koji je pregledao ozljeđenu osobu	<input type="text"/>
55	Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je pregledana ozljeđena osoba	<input type="text"/>
56	Ko je ozljeđenoj osobi pružio prvu pomoć	<input type="text"/>
57	Kratak opis ozljede prema iskazu ozljeđene osobe	<input type="text"/>
58	Dijagnoza ozljede, naziv i šifra prema MKB	<input type="text"/>
59	Vanjski uzrok ozljede prema MKB (V01-Y98)	<input type="text"/>
60	Boluje li ozljeđena osoba od drugih bolesti i kojih (šifra prema MKB)	1 - DA; 2 - NE <input type="text"/>
61	Ima li ozljeđena osoba tjelesnih i psihičkih nedostataka i kojih	1 - DA; 2 - NE <input type="text"/>
62	Da li je ozljeđena osoba bila pod utjecajem alkohola ili drugih opojnih sredstava	1 - DA; 2 - NE <input type="text"/>
63	Da li je izvršeno testiranje (DA, NE), ako DA, navesti rezultat	1 - DA; 2 - NE <input type="text"/>
64	Koliko će približno trajati nesposobnost za rad	<input type="text"/>
65	Mišljenja sam: 1. radi se o ozljedi na radu 2. ne radi se o ozljedi na radu	<input type="text"/>

U _____, _____ godine

/mjesto, datum/

M.P.

Potpis nadležnog doktora

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

Obr.br. 13-I- PB

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

PRIJAVA O PROFESIONALNOJ BOLESTI

- 1** Prezime /ime oca/ ime _____
- 2** Matični broj _____
- 3** Datum rođenja _____
/dan, mjesec, godina/
- 4** Spol _____
1 - M; 2 - Ž
- 5** Adresa _____
- 6** Zanimanje _____
- 7** Djelatnost _____
/naziv/ _____ */sifra/* _____
- 8** URS _____
- 9** Posao koji sada obavlja _____
- 10** Koliko dugo obavlja ovaj posao (god.) _____
- 11** Posao koji je obavljao/la ranije (za koji se pretpostavlja da je izazvao profesionalno oboljenje)

- koliko dugo je obavljao/la taj posao _____
/godina/ _____ */mjesec/* _____
- koliko dugo ne radi taj posao _____
/godina/ _____ */mjesec/* _____
- 12** Vrsta profesionalne štetnosti-uzročni agensi bolesti _____
1 - DA; 2 - NE
- 1 hemijski _____
- 2 biološki _____
- 3 fizički _____
- 4 ostali _____
- 13** Dijagnoza i šifra bolesti prema važećoj MKB _____
/šifra MKB/ _____
- 14** Dijagnoza prema Listi profesionalnih bolesti
(prema važećoj listi profesionalnih oboljenja) _____
- 15** Datum utvrđivanja dijagnoze _____
/dan, mjesec, godina/
- 16** Nalazi koji verifikuju dijagnozu
- 1 biohemijski _____
- 2 alergološki _____
- 3 rendenološki _____
- 4 toksikološki _____
- 5 funkcionalno dijagnostički _____
- 17** Ishod bolesti _____
- 1 sposoban za rad s punim radnim vremenom ¹⁾ _____
- 2 sposoban za rad na drugom radnom mjestu sa punim radnim vremenom ¹⁾ _____
- 3 trajno nesposoban za rad ¹⁾ _____
- 4 umro ²⁾ _____
/ _____
- 1) u skladu s Zakonom o PIO/MIO FBiH, Sl.novine FBiH
2) dijagnoza uzroka smrti, šifriranje po MKB X

Datum:

Potpis nadležnog doktora:

M.P.

LISTA PROFESIONALNIH OBOLJENJA (Odluka o listi profesionalnih bolesti, Službene novine FBiH 29/02)

1. Trovanje olovom i njegovim jedinjenjima i smješama
2. Trovanje živom i njenim jedinjenjima i amalagamima
3. Trovanjem arsenom i njegovim jedinjenjima
4. Trovanje fosforom i njegovim jedinjenjima
5. Trovanje manganom i njegovim jedinjenjima i smješama
6. Trovanje halogenim elementima (hlorom, fluorom, bromom i jodom) i njihovim jedinjenjima
7. Trovanje berilijumom i njegovim jedinjenjima i smješama
8. Trovanje kadmijumom i njegovim jedinjenjima i smješama
9. Trovanje selenom, vanadijumom i njihovim jedinjenjima i smješama
10. Trovanje hromom i njegovim jedinjenjima
11. Trovanje niklom i njegovim jedinjenjima
12. Trovanjem benzinom i njegovim homolozima i drugim cikličnim otrovnim spojevima
13. Trovanje nitro i amino jedinjenjima benzena njegovim homolozimima i njihovim derivatima
14. Trovanje halogenim derivatima ugljovodonika masnog i aromatskog reda (monohlor-metan, trihlormetan, etan, hlor-etila
15. Trovanje alifati-nimugljovodonicima (nafta, benzin, vajt špirit, kerozin i sl).
16. Sindrom akropatije u polimerizaciji vinilhlorida sa akro-osteolizom ili bez nje
17. Trovanje sumpornom kiselinom i njenim anhidridom (SO₂) sumporvodnikom, sumporugljenikom, dimetilsulfatom i drugim štetnim sumpornim jedinjenjima
18. Trovanje azotnom kiselinom i njenim estrima (nitroglicerinom, dinitroglikolom i dr.) njenim anhidridima azotnim oksidima tzv. "nitroznim gasovima" ostalim derivatima i amonijakom
19. Trovanje alkoholima, estrima, etrima, aldehidima i ketonima
20. Trovanje ugljenmonoksidom
21. Trovanje cijanom i njegovim jedinjenjima
22. Trovanje pesticidima (sredstvima koja služe za uništavanje štetočina)
23. Oboljenja zuba izazvana mineralnim kiselinama
24. Silikoza
25. Silikotuberkuloza silikoze
26. Aluminoza
27. Abestoza
28. Talkoza
29. Pneumokonioza
30. Pneumokonioza prouzrokovana tvrdim metalom
31. Bisionoza
32. Bronhijalna astma
33. Alergijski alveolitis
34. Oboljenja izazvana jonizujućim zračenjima
35. Oboljenja izazvana nejonizujućim zračenjima, laserskim, mikrotalasnim, radio-talasima, infracrvenim i ultraljubičastim zracima
36. Maligne neoplazme
 - 1) na koži (uključujući i početne emi-teljume)
 - 2) na mokraćnoj bešici
 - 3) na disajnom sistemu i sinusima
37. Oboljenja izazvana povećanim ili smanjenim atmosferskim pritiskom
38. Oboljenja izazvana štetnim djelovanjem buke
39. Oboljenja izazvana štetnim djelovanjem vibracije
40. Hronični burzitis zglobova zbog stalnog pritiska ili potresa
41. Paraliza živaca zbog prenaprezanja i dugotrajnih prinudnih nefizioloških položaja tijela
42. Oštećenja meniskusa koljena i intervertebratnog diskusa zbog neprestanog opterećenja u nefiziološkom položaju vertebratnog diskusa zbog neprestanog opterećenja u nefiziološkom položaju
43. Kožna oboljenja i recidivi težeg stepena
44. Tropske bolesti
45. Zarazne bolesti
46. Zarazne bolesti koje se prenose sa životinja na ljude (antraks, maleus, bruceloza, salmoneloza, infektivna hemoragična žutica i druge zarazne bolesti)

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBIH**

Obr.br. 15-I-PPS

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

PRIJAVA POVREDE U SAOBRAĆAJU

- 1 Prezime /ime oca/ ime _____
- 2 Matični broj _____
- 3 Datum rođenja _____
/dan, mjesec, godina/
- 4 Spol _____
1 - M; 2 - Ž
- 5 Adresa _____
- 6 Zanimanje _____
- 7 Datum nesreće/povrede u saobraćaju _____
Vrijeme nesreće _____
sati minuta /dan, mjesec, godina/
- 8 Mjesto nesreće _____
mjesto, općina
- 9 Okolnosti nastanka povrede _____
opisati
- 10 Da li je kod povrijeđene osobe utvrđena konzumacija alkohola _____
1 DA
2 NE
- 11 Da li je kod povrijeđene osobe utvrđena konzumacija opojnih droga _____
1 DA
2 NE
- 12 Stručna pomoć pružena _____
dan, mjesec, godina
sat minut
- 13 Ishod nesreće _____
1 ambulantno tretiran, otpušten
2 na liječenju
3 umro/la
- 14 Datum smrti: _____
/dan, mjesec, godina/
- 15 Spoljni uzrok povrede/smrti _____
/Šifra MKB 10/
- 16 Vrsta povrede/šifra povrede _____
/Šifra MKB 10/

Podatke dao/la: _____

Datum:

M.P.

Potpis:

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

Obr.br. 16-I-PMN

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

PRIJAVA OBOLJELOG OD MALIGNNE NEOPLAZME

1 Prezime /ime roditelja/ ime _____

2 Matični broj _____

3 Datum rođenja _____
/dan, mjesec, godina/

4 Spol _____
1-M; 2-Ž

5 Adresa, mjesto prebivališta _____
(ulica, broj, mjesto, općina)

6 Školska sprema 0 bez škole 1 osnovna 2 srednja 3 visoka _____

7 Zanimanje _____
/ po standardnoj klasifikaciji /

8 Djelatnost (prema NKD) _____
grana djelatnosti /sifra djel.

9 Bračno stanje 1 neoženjen/neudata 3 vanbračna zajednica 5 udovac/udovica _____
2 oženjen/udana 4 rastavljen/a 9 nepoznato

10 Radni status 0 dijete 3 učenik/student 6 poljoprivrednik _____
1 redovan posao 4 penzioner* 7 samostalna djelatnost
2 nezaposlen/povremeni posao 5 domaćica 9 nepoznato

11 Je li ranije utvrđen neki drugi primarni malignom 1 - DA 2 - NE _____
ako DA (dan, mjesec godina) _____
/dan, mjesec, godina/ /sifra MKB/

12 Datum utvrđivanja sadašnjeg malignoma _____
/dan, mjesec, godina/

13 Dijagnostika sadašnjeg malignoma _____
0 potvrda o smrti 3 biokemijski imunološki test 6 histološki-metastaza
1 klinički pregled 4 citološki-hematološki 7 histološki-primarna
2 specijalni klinički pregled 5 eksplorativna operacija 8 obdukcija-histološki
9 nepoznato

14 Anatomska lokalizacija maligne neoplazme
- Primarna dijagnoza _____
(dijagnoza MKB) /sifra MKB/

- Metastaze _____
(dijagnoza MKB) /sifra MKB/

15 Histološka (citološka) dijagnoza _____ M _____
(dijagnoza prema morfologiji neoplazmi iz MKB 10) /sifra MKB/

16 Mjesto i naziv zdravstvene ustanove koja je utvrdila patohistološku dijagnozu _____

17 Stadij bolesti prije primarne terapije:
a) Klinički _____
1 in situ 3 proširenost na susjedne anat.strukture 5 udaljene metastaze
2 lokaliziran 4 zahvaćene reg. lim.žlijezde 9 nepoznato

b) TNM T (0-4) _____ N (0-4) _____ M (0-1) _____

c) Drugi način (1-4) _____
(vrsta klasifikacije)

18 Datum smrti _____
/dan, mjesec, godina/

Datum: _____ M.P. _____
Potpis: _____

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

Obr.br. 17-I-PDM

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

PRIJAVA OBOLJELOG OD ŠEĆERNE BOLESTI

1 Prezime /ime oca/ ime _____

2 Matični broj _____

3 Datum rođenja _____
/dan, mjesec i godina/

4 Spol _____
1 - M; 2 - Ž

5 Adresa _____

6 Zanimanje _____

7 Dijagnoza dijabetesa prema MKB _____ / /

8 Datum dijagnosticiranja dijabetesa _____
/dan, mjesec i godina/

9 NAČIN LIJEČENJA

Dijeta 1 - DA; 2 - NE

Inzulin 1 - DA; 2 - NE

ORALNI ANTIDIJABETICI
Bigvanidi 1 - DA; 2 - NE

Sulfonilurea 1 - DA; 2 - NE

Meglitinidi 1 - DA; 2 - NE

DTP-Inhibitori 1 - DA; 2 - NE

Tijazolindioni 1 - DA; 2 - NE

α - Glukozidaza inhibitori 1 - DA; 2 - NE

Ostalo _____

10 FAKTORI RIZIKA

Pozitivna porodična anamneza 1 - DA; 2 - NE

Pušač 1 - DA; 2 - NE

Fizička aktivnost 1 - DA; 2 - NE

Gojaznost 1 - DA; 2 - NE

Alkohol 1 - DA; 2 - NE

11 Izvršena osnovna edukacija o dijabetesu	1-DA; 2-NE	<input type="checkbox"/>			
12 OSTALA OBOLJENJA KOJA NISU VEZANA ZA DIJABETES, PREMA MKB					
Dijagnoza prema MKB _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<i>/sifra MKB/</i>				
Dijagnoza prema MKB _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<i>/sifra MKB/</i>				
Dijagnoza prema MKB _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<i>/sifra MKB/</i>				
13 Oboljeli vrši samokontrolu glukoze u krvi	1-DA; 2-NE	<input type="checkbox"/>			
14 OBAVLJENA MJERENJA U POSLJEDNJIH 12 MJESECI					
Sistolni krvni pritisak (mmHg)	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Profil lipida (mmol/l)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>		
Dijastolni krvni pritisak (mmHg)	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	HbA1c (%)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>		
ITM (kg/m ²)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	Albumini (g/L)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>		
GUK natašte (mmol/l)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	Holesterol-ukupno (mmol/l)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>		
Trigliceridi (mmol/L)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	Holesterol-LDL (mmol/l)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>		
Mikroalbuminurija (mmol/l)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	Holesterol-HDL (mmol/l)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>		
15 HRONIČNE KOMPLIKACIJE					
Dijabetička retinopatija	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>	Nefropatija	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>
Periferna neuropatija	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>	Ishemična srčana bolest	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>
Periferna vaskulopatija	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>	Dijabetičko stopalo	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>
Ishemična moždana oboljenja	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>	Drugo	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>
16 AKUTNE KOMPLIKACIJE U POSLJEDNJIH 12 MJESECI					
Hipoglikemija	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>			
Ketoacidoza	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>			
Hiperosmolarni hiperglikemijski sindrom	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>			
17 ISHOD TRUDNOĆE U DIJABETESU (za žene):	<input type="checkbox"/>				
	1 uredan				
	2 malformacija ploda				
	3 spontani abortus/i				
	4 mrtav plod				
	5 medicinski inducirani abortus				
	6 EPH gestoza				
Datum:		Potpis:			
		M.P.			

FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBIH	
	Obr.br. 18 -I-PBI
KANTON	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OPĆINA	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ZDRAVSTVENA USTANOVA	_____
PRIJAVA OBOLJELOG OD HRONIČNE BUBREŽNE INSUFICIJENCIJE	
1 Prezime /ime oca/ ime	_____
2 Matični broj	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Datum rođenja	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>/dan, mjesec, godina/</i>
4 Spol	_____ 1 - M; 2 - Ž <input type="checkbox"/>
5 Adresa	_____
6 Zanimanje	_____
BUBREŽNA BOLEST	
7 Osnovni uzrok bubrežne bolesti-šifra MKB 10	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>/šifra MKB/</i>
8 Kada je postavljena dijagnoza osnovne bolesti	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>/dan, mjesec, godina/</i>
9 Kako je bolest dijagnostikovana	
1 laboratorijske analize	<input type="checkbox"/>
2 mjerenje bubrežne funkcije	<input type="checkbox"/>
3 radiološke pretrage	<input type="checkbox"/>
10 Da li je osoba na dijalizi	_____ 1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>
11 Koliko godina je osoba na dijalizi	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 Tip dijalize	<input type="checkbox"/>
1 PD (peritonealna dijaliza)	
2 HD (hemodijaliza)	
Datum:	Potpis:
	M.P.

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

Obr.br. 19-I-PKM

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

PRIJAVA KONGENITALNE MALFORMACIJE

1 Prezime /ime oca/ ime _____

2 Matični broj _____

3 Datum rođenja _____ 4 Spol djeteta 1 - M; 2 - Ž _____
/dan, mjesec, godina/

5 Koji je porod po redu _____ 6 Tok trudnoće 1 - normalan; 2 - patološki _____

7 Urođene malformacije i deformacije

Nervnog sistema (Q00-Q07) _____

Oči, uši, lice i vrat (Q10-Q18) _____

Cirkulacijski sistem (Q20-Q28) _____

Respiratorni sistem (Q30-Q34) _____

Probavni trakt (Q35-Q45) _____

Spolni organi (Q50-Q56) _____

Urinarni trakt (Q60-Q64) _____

Mišićno-koštani sistem (Q65-Q79) _____

Drugo (Q80-Q89) _____

Hromosomske abnormalnosti, nesvrstane drugdje (Q90-Q99) _____

8 Prisustvo riziko faktora

1 lijekovi 1-DA; 2-NE _____

2 infektivni agensi 1-DA; 2-NE _____

3 upotreba alkohola 1-DA; 2-NE _____

4 šećerna bolest 1-DA; 2-NE _____

5 pušenje 1-DA; 2-NE _____

6 ishrana 1-DA; 2-NE _____

9 Hipertenzija 1 - DA; 2 - NE _____

10 Radijacija 1 - DA; 2 - NE _____

11 Ostalo (navesti) _____

Datum:

Potpis:

M.P.

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

Obr.br. 20-I-PHP

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

PRIJAVA OBOLJELOG OD HRONIČNE PSIHOZE

1 Prezime /ime oca/ ime _____

2 Matični broj _____

3 Datum rođenja _____
/dan, mjesec, godina/

4 Spol _____ 1 - M; 2 - Ž

5 Adresa _____

6 Zanimanje _____

7 Osnovna dijagnoza _____
/Šira MKB/

8 Druge psihijatrijske dijagnoze

/Šira MKB/

/Šira MKB/

/Šira MKB/

9 Somatske dijagnoze

/Šira MKB/

/Šira MKB/

/Šira MKB/

10 Upućen na hospitalizaciju _____ 1 - DA; 2 - NE

11 Broj ranijih hospitalizacija _____

Datum:

M.P.

Potpis:

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

Obf.br. 21-I-PLO

PRIJAVA LIJEČENIH OVISNIKA OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

PODACI O USTANOVU LIJEČENJA

1. Grad-mjesto _____ 2. Centar za liječenje _____
(naziv centra-ustanove)

3. Broj klijenta _____ 4. Obrazac: Prvi - 1, Ponovni - 2

<p>5. Izvor podatka 1 - Anketiranje, 2 - Rekonstrukcija <input type="checkbox"/></p> <p>A. OSNOVNI PODACI O LIJEČENJU</p> <p>6. Tretman 1. Centar, 2. Bolničko-ambulantno 3. Bolničko stacionarno, 4. Dnevna bolnica 5. Nevladino udruženje 6. Terapijska zajednica 7. Ostalo <input type="checkbox"/></p> <p>6. a) Datum javljanja na liječenje _____ (d/m/g)</p> <p>6. b) Datum ispisa _____ (d/m/g)</p> <p>7. Vrsta kontakta s centrima 1. Novi klijent 2. Stari klijent 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>8. a) Prethodno liječenje u bilo kom centru za liječenje ovisnosti 1. Nikad liječen 2. Prethodno liječen 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>b) Ako je prethodno liječen kada posljednji put _____ (d/m/g)</p> <p>c) Prije <input type="checkbox"/> Mjeseci</p>	<p>9. a) U kontaktu s drugim centrima za liječenje ovisnosti (specificirati i zaokružiti) _____ 1. Da 2. Ne 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>b) Upućen od (odredi i upiši broj) 1. Lično 2. Porodice 3. Prijatelja 4. Drugog centra za liječenje ovisnosti 5. Liječnika primarne zdravstvene zaštite 6. Bolnice-druge zdravstvene ustanove 7. Socijalne službe 8. Suda/policije 9. Drugo _____ 10. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>B. SOCIO-DEMOGRAFSKI PODACI</p> <p>10. Spot: 1-muški 2-ženski <input type="checkbox"/></p> <p>11. a) Dob _____ 11. b) Datum rođenja _____</p> <p>12. a) Sadašnji uvjeti života 1. Živi sam 2. S primarnom porodicom 3. Sa sekundarnom porodicom 4. S prijateljima 5. S partnerom 6. U instituciji _____ 7. Beskućnik 8. Drugo _____ 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>b) Živi s drugim uzimaocima sredstava 1. Da 2. Ne 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p>	<p>13. a) Stanovnik grada 1. Da 2. Ne 9. Nepoznato <input type="checkbox"/> Kojeg _____</p> <p>b) Koji dio grada (specificirati) _____</p> <p>14. a) Državljanstvo 1. Državljanstvo BiH 2. Državljanstvo druge zemlje 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>b) Nacionalnost _____</p> <p>15. Radni status 1. Redovan posao 2. Nezaposlen 3. Povremeni posao 4. Učenik 5. Student 6. Penzioner 7. Domaćica 8. Samostalna djelatnost 9. Drugo 10. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>16. a) Najviši stupanj obrazovanja 1. Nezavršena osnovna škola 2. Završena osnovna škola 3. Nezavršena srednja škola 4. Završena srednja škola 5. Završena viša škola 6. Završen fakultet 7. Drugo (navesti) _____ 9. Nepoznato <input type="checkbox"/> Broj završenih godina obrazovanja _____</p> <p>b) Dob pri prekidu školovanja (upisati dob ili šifru) 00. Završio srednju školu 01. Nikad nije išao u školu 88. Još ide u školu 99. Nepoznato <input type="checkbox"/></p>
---	--	---

C. ZLOUPOTREBA

SREDSTVO	a) Naziv sredstva (upisati)	b) Način uzimanja (šifra)	c) Učestalost uzimanja zadnji mjesec (šifra)	d) Dob prvog uzimanja	e) Trajanje redovnog uzimanja
17. Glavno					
18. Sporedno (1)					
19. Sporedno (2)					
20. a) Dob kod prvog uzimanja bilo kog sredstva -sredstvo _____ (dob)		1. i.v.injekcijom 2. Puši 3. Jede/pije 4. Snifa 5. Ušmrkava 9. Nepoznato	c) 1. Probao 1-5 puta ukupno 2. 1-3 puta mjesečno 3. Jednom nedeljno 4. 2-6 dana u sedmici	5. Svakodnevno 6. Uzima neredovno 7. Ne uzima od prošlog mjeseca 9. Nepoznato	
b) Godina prvog uzimanja glavnog sredstva (kalendarski) _____					

D. RIZIČNO PONAŠANJE

<p>21. a) Da li je sredstvo protekli mjesec uzimao intravenozno 1. Da 2. Ne 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>b) Ako je uzimao i.v. Da li je koristio zajednički pribor protekli mjesec 1. Da 2. Ne 3. Neprimjenljivo (nije uzimao i.v.) 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>22. Da li je ikada uzimao intravenozno 1. Da 2. Ne 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p>	<p>b) Ako je ikada uzimao intravenozno, dob prvog i.v. uzimanja <input type="checkbox"/></p> <p>c) Da li je ikada koristio zajednički pribor 1. Da 2. Ne 3. Neprimjenljivo (nikad nije uzimao i.v.) <input type="checkbox"/></p> <p>23. HIV status 1. Test pozitivan 2. Test negativan 3. Nikad testiran 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>Godina zadnjeg testiranja _____</p>	<p>E. LIJEČENJE (odrediti i upisati)</p> <p>24. Početak liječenja (samo prva registracija) 1. Detoksikacija metadonom-brza 2. Detoksikacija metadonom-spora 3. Održavanje na metadonu 4. Detoksikacija bez metadona uz primjenu drugih lijekova 5. Bez medikacije/duža psihosoc.terapija 6. Upute/savjetovanje/podrška 7. Upućen u dugi centar 8. Tretman nije započeo/odluka nije donjeta 9. Hospitalizacija 10. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>a) Osnovne dijagnoze ovisnosti (MKB-10) _____ _____ _____</p> <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td>F</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	F				F				F			
F														
F														
F														

<p>F. PORODICNI PODACI</p> <p>25. Bračni status 1. U braku 2. Neudata/Neoženjen 3. Rastavljen/a 4. Udovac/Udovica 5. Izvanbračna zajednica 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>26. Ima li djece 1. Da 2. Ne 3. Nema djece, trudnoća u toku 4. Ima djece, trudnoća u toku 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>27. Bračni status roditelja 1. U braku 2. Rastavljeni 3. Kljent je izvanbračno dijete 4. Udovac 5. Udovica 6. Oba roditelja umrli 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>28. Broj završenih godina školovanja roditelja (upisati broj) a) oca <input type="text"/> <input type="text"/> b) majke <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>29. Materijalni status porodice u kojoj živi (subjektivna procjena ispitanika) 1. Nadprosječan 2. Prosječan 3. Ispodprosječan 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>30. Psihički poremećaji obitelji/porodice: (upisati šifre) a) otac <input type="text"/> <input type="text"/> b) majka <input type="text"/> <input type="text"/> c) braća/ 1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> sestre 3 <input type="text"/> <input type="text"/> 4 <input type="text"/> <input type="text"/> d) bliži rodaci 1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> (navesti koji) 3 <input type="text"/> <input type="text"/> 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Mogući poremećaji: 1. Alkohizam 2. Druge ovisnosti 3. Psihoza 4. Psihoneuroza 5. Depresija 6. PTSP 7. Kombinacija prethodnog 8. Suicid/pokušaj suicida 9. Drugo 10. Nema/negira 11. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>31. Koliko je djece u porodici 1. Jedno 2. Dvoje 3. Troje 4. Četvero i više 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>32. Koje je dijete po redu (upisati broj ili šifru) 88. Blizanci 99. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>33. Nakon kojeg vremena su roditelji saznali za prvo uzimanje bilo kog sredstva ovisnosti 1. Unutar prve godine 2. Nakon 1. godine 3. Nakon 2-3 godine 4. Nakon 4 i više god. 6. Drugo (roditelji umrli, nezna za roditelje) 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p>	<p>G. SUKOB SA ZAKONOM</p> <p>34. Prvo kažnjivo djelo počinio/la je: 1. Prije uzimanja bilo kakvog sredstva 2. Nakon što je počeo uzimati tzv. lakša sredstva 3. Nakon što je počeo uzimati tzv. teža sredstva 8. Nije u sukobu sa zakonom 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>35. Raniji sukobi sa zakonom 1. Nije ih bilo 2. Kažnjen prekršajno 3. Kažnjen uvjetnom kaznom 4. Kažnjen zatvorskom kaznom 5. Bio u zatvoru više puta 6. Imao ih je 7. Bio u pritvoru 8. Mjera obaveznog liječenja 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>36. Sadašnji sukobi sa zakonom 1. Nema 2. Započeta istraga 3. U toku sudski proces 4. Očekuje izvršenje kazne 5. Pod uvjetnom kaznom 6. Nalazi se u pritvoru 7. Nalazi se u zatvoru 8. Mjera obaveznog liječenja 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>37. Mjera izricana od maloljetničkog suda 1. Nije izricana 2. Bila je izricana 3. Sada je pod mjerom 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>H. PRETHODNI TOK BOLESTI</p> <p>38. Ko je prvi saznao i razotkrio problem sa sredstvom ovisnosti 1. Policija, organi gonjenja 2. Član porodice 3. Zdravstveni radnik ili saradnik 4. Neko od osoblja škole koju je pohađao 5. Neko na radnim mjestu 6. Neko drugi: prijatelj, poznanik 7. Sam se javio na liječenje 8. Ostalo 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>39. Je li se ikada predozirao 1. Ne 2. Da, jednom 3. Da, više puta 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>40. Da li je zbog predoziranja završio u zdravstvenoj ustanovi 1. Ne 2. Da jednom 3. Da više puta 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>I. ZDRAVSTVENI PROBLEMI</p> <p>41. Hepatitis B 1. Test negativan 2. Test pozitivan (datum) _____ 3. Nije testiran 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>42. Hepatitis C 1. Test negativan 2. Test pozitivan (datum) _____ 3. Nije testiran 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>43. Cijepljen protiv Hepatitisa B 1. Da 2. Ne (datum) _____ 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>44. Druge hronične bolesti (MKB-10) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>	<p>J. ETIOLOGIJA-kodirani tri nauticajni faktora po redosjedu važnosti (prvi je najuticajni)</p> <p>45. Povod početka eksperimentiranja (procjena ispitanika) 1. Želja za samopotvrdivanjem (da se napravi važan) 2. Uticaj vršnjaka ili partnera 3. Problemi u porodici 4. Problemi u školi 5. Psihološki razlozi (depresija, neuroza mladenačka nesigurnost) 6. Dosada 7. Zabava 8. Znatiželja 9. Neznanje o mogućim štetnim posljedicama 10. Nepoznato 1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>46. Procijeniti dominantni etiološki faktor za razvoj ovisnosti (procjena anketara) 1. Patologija porodice (raspad porodice, alkohizam...) 2. Neadekvatan odgoj u "normalnoj porodici" (nerješena separacijska kriza, poremećaj komunikacije) 3. Uticaj mikrosocijalne okoline na koju porodica nije uticala ("društvo", partner) 4. Stres (tragični događaj, teški neuspjeh, bolest) 5. Verificirani PTSP 6. Primarni psih. poremećaj, depresija, poremećaj osobnosti (biološka ili psihološka predispozicija) 7. Životna filozofija, hedonizam, način zabave 8. Neznanje, kriva procjena samokontrole 9. Nepoznato 1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>K. POVJERLJIVO</p> <p>47. JMBG: <input type="text"/></p> <p>48. Mjesto rođenja _____ 49. Ime _____ 50. Prezime _____ 51. Ime oca _____ 52. Djevojačko prezime _____ 53. a) Adresa _____ b) Mjesto stanovanja _____ c) Poštanski broj mjesta stanovanja <input type="text"/></p> <p>54. Telefon _____</p> <p>55. Vozačka dozvola 1. Ima 2. Nema, nije polagao ispit 3. Oduzeta 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>56. Stanje u odnosu na liječenje 1. Apstinira 2. Detoksikacija metadonom-brza 3. Detoksikacija metadonom-spora 4. Održavanje 5. Poboļšan, ne apstinira 6. Nepromjenjen/pogoršan 7. Hospitalizacija 9. Nepoznato <input type="checkbox"/></p> <p>57. Trenutni status: 1. Ovisnik 2. Povremeni (reaktivni) konzument 3. Eksperimentator 4. Apstinent <input type="checkbox"/></p> <p>Datum anketiranja: _____ Anketar: _____</p>
--	---	---

Prilog 2. Pomoćni obrasci za vođenje evidencija UPUTNICA SPECIJALISTI, NALAZ I MIŠLJENJE

Obavezno sadrži:

Podatke o zdravstvenoj ustanovi (javnoj odnosno privatnoj praksi) u koju se upućuje pacijent Naziv i sjedište zdravstvene ustanove, pečat zdravstvene ustanove, ambulantni broj ili broj protokola

Lični podaci:

Ime i prezime Datum rođenja Spol Adresa JMBG
Osiguranik (nosioc osiguranja)

Podaci o razlogu upućivanja doktoru specijalisti:

- Simptomi,
- Prethodni dijagnostički i terapijski postupci
- Radna dijagnoza

Datum upućivanja

Potpis i pečat doktora koji unučuie na pregled

UPUTNICA U BOLNICU

Podaci o zdravstvenoj ustanovi u koju se upućuje pacijent

Naziv bolnice, odjeljenja, klinike

Datum

Broj

Rok važenja uputnice

Lični podaci

Ime i prezime i ime oca

Datum rođenja

JMBG

Sa prebivalištem u (mjesto, ulica i kućni broj)

Općina

Srodstvo sa osiguranikom Vid zdravstvene zaštite Broj zdravstvene legitimacije Šifra djelatnosti Broj lične karte

Podaci o oboljenju

Dijagnoza oboljenja (radna ili konačna) po važećoj MKB

Primjedba doktora (Pečat i potpis doktora)

UPUTNICA ZA LABORATORIJ

Obavezno sadrži:

Podatke o zdravstvenoj ustanovi davna ili privatna praksa)

Naziv i sjedište zdravstvene ustanove, pečat laboratorija, broj protokola

Lični podaci:

Ime i prezime Datum rođenja Spol Adresa JMBG

Osiguranik (nosioc osiguranja)

Podaci o vrsti uzorka

Vrsta uzorka (krv, urin, likvor, stolica ...)

Radna dijagnoza

Tražena vrsta laboratorijskih analiza: NAPOMENA:

(Pečat i potpis doktora)

LABORATORIJSKI NALAZ

Podatke o zdravstvenoj ustanovi davna ili privatna praksa)

Naziv i sjedište zdravstvene ustanove, pečat laboratorija, broj protokola Datum:

Lični podaci:

Ime i prezime Datum rođenja Spol Adresa JMBG

Osiguranik (nosioc osiguranja)

Hematološki status sa referentnim vrijednostima
Biohemijsko-citološki status urina

Mikroskopski pregled sedimenta sa referentnim vrijednostima
Biohemijski status sa referentnim vrijednostima

Ostali laboratorijski nalazi sa referentnim vrijednostima
Rukovodilac laboratorija

(Pečat i potpis)

LJEKARSKO UVJERENJE

Zdravstvena ustanova u kojoj se izdaje liekarsko uvjerenje

Broj:

Datum:

Broj protokola:

Ljekarsko uvjerenje obavezno sadrži:

Lični podaci

Prezime, očevo ime i ime Godina rođenja Mjesto stanovanja Zanimanje Bračno stanje

Broj lične karte i mjesto izdavanja *Svrha izdavanja uvjerenja*

Anamneza:

Status:

Mišljenje doktora:

Pečat zdravstvene ustanove koja izdaje liekarsko uvjerenje (Potpis i pečat doktora)

1175

Na osnovu člana 56. stav (3) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12), na prijedlog Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine i Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, federalni ministar zdravstva donosi

PRAVILNIK

O NAČINU I ROKOVIMA DOSTAVLJANJA I OBLIKU I FORMI ZBIRNIH IZVJEŠTAJNIH OBRAZACA

I. OPŠTA ODREDBA

Član 1.

(Predmet)

- (1) Ovim pravilnikom bliže se uređuju način i rokovi dostavljanja, kao i oblik i forma zbirnih izvještajnih obrazaca.
- (2) U oblasti provođenja zdravstvene zaštite utvrđuju se zbirni periodični izvještaji sa zakonski utvrđenim rokovima dostavljanja, a prema Planu i Programu statističkih istraživanja od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Federacija).
- (3) Vođenje zbirnih periodičnih izvještajnih obrazaca je od interesa za Federaciju, kao i dostavljanje izvještaja zavodima za javno zdravstvo koje je sastavni dio stručnog medicinskog rada zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika i obavlja se po odredbama ovog pravilnika.

II. NAČIN I ROKOVI DOSTAVLJANJA ZBIRNIH IZVJEŠTAJNIH OBRAZACA

Član 2.

(Obrađena evidencija)

Pri vođenju zbirnih periodičnih izvještajnih obrazaca iz člana 5. ovog pravilnika za obradu evidencija primjenjuju se jedinstvene definicije, nomenklature, klasifikacije i drugi elementi statističke metodologije, a koje utvrđuje i objavljuje Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Federalni zavod) za izvještajne obrasce iz člana 5. stav (2) tač. od 1. do 32. ovog pravilnika, i Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Federalni zavod zdravstvenog osiguranja) za izvještajne obrasce iz člana 5. stav (2) tač. 33. i 34. ovog pravilnika, uz prethodno pribavljenu saglasnost federalnog ministra zdravstva.

Član 3.

- (Dostavljanje zbirnih periodičnih izvještajnih obrazaca i rokovi)
- (1) Zbirni periodični izvještajni obrasci zdravstvenih ustanova dostavljaju se nadležnom kantonalnom zavodu za javno zdravstvo, osim izvještaja iz člana 5. stav (2) tač. 24., 33. i 34. ovog pravilnika, koji se dostavljaju nadležnom kantonalnom ministarstvu zdravstva, odnosno nadležnom