

KALENDAR OBAVEZNE IMUNIZACIJE U BRČKO DISTRIKT BiH		
Uzrast	Vrsta vakcine	Nadležna ustanova
Na rođenju	BCG – protiv tuberkuloze HBV – protiv hepatitisa B (prva doza) +HBIg*	<i>Porodilište</i>
Jedan mjesec	HBV – protiv hepatitisa B (drugadoza)	<i>Dom zdravlja</i>
Dva mjeseca	Kombinovana vakcina DtaP-IPV-HiB protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize i bolesti koje izaziva hemofilus influenza tip B (prva doza)	<i>Dom zdravlja</i>
Tri i po mjeseca	Kombinovana vakcina DtaP-IPV-HiB protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize i bolesti koje izaziva hemofilus influenza tip B (druga doza)	<i>Dom zdravlja</i>
Pet mjeseci	Kombinovana vakcina DtaP-IPV-HiB protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize i bolesti koje izaziva hemofilus influenza tip B (treća doza)	<i>Dom zdravlja</i>
Šest mjeseci	HBV – protiv hepatitisa B (treća doza)	<i>Dom zdravlja</i>
12 mjeseci	MRP – protiv malih boginja, rubeole i zaušnjaka	<i>Dom zdravlja</i>
18 mjeseci	Kombinovana vakcina DtaP-IPV-HiB protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize i bolesti koje izaziva hemofilus influenza tip B (prva revakcinacija)	<i>Dom zdravlja</i>
Šest godina (prilikom upisa u prvi razred osnovne škole)	Kombinovana DTaP-IPV – protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja i dječije paralize MRP – revakcinacija protiv malih boginja, rubeole i zaušnjaka	<i>Dom zdravlja</i>
11 ili 12 godina (šesti razred osnovne škole)	HBV – protiv hepatitisa B samo za djecu koja ranije nisu vakcinisana protiv hepatitisa B tri doze vakcine (0,1,6)	<i>Dom zdravlja</i>
14. godina (završni razred osnovne škole)	dT – (treća revakcinacija)	<i>Dom zdravlja</i>

*Djeci HbsAg pozitivnih majki prva doza vakcine mora se dati u prvih 12 sati nakon rođenja uz primjenu imunoglobulina (HBIg).

BRČKO DISTRIKT BiH

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____, SLUŽBA _____

IZVJEŠTAJ

o vakcinaciji protiv humanog papiloma virusa (HPV)

za mjesec

202__ . godine

NAZIV/VRSTA VAKCINE	UZRAST	SPOL				UKUPAN BROJ DATIH DOZA HPV VAKCINE	UKUPAN BROJ DJECE
		Ž		M			
		I. DOZA	II. DOZA	I. DOZA	II. DOZA		
HPV VAKCINA	9 godina						
	10 godina						
	11 godina						
	12 godina						
	13 godina						
	14 godina						
	Ostali						
UKUPNO							

Datum: _____

Potpis ovlaštenog lica: _____

POTROŠNJA VAKCINA PROTIV SEZONSKE GRIPE ZA SEZONU						
ZDRAVSTVENA USTANOVA						
UZRAST						
DIJAGNOZA	0 do 4	5 do 14	15 do 29	30 do 64	> 65	UKUPNO
1. Pacijenti s hroničnim respiratornim bolestima						
2. Pacijenti s hroničnim kardiovaskularnim oboljenjima						
3. Pacijenti na hemodijalizi						
4. Pacijenti s hroničnim bubrežnim oboljenjima						
5. Pacijenti koji boluju od dijabetesa						
6. Pacijenti oboljeli od malignih bolesti						
7. Pacijenti kod kojih je izvršena transplantacija organa						
8. Lica čiji je rezultat na HIV pozitivan i pacijenti oboljeli od AIDS-a						
9. Djeca oboljela od cistične fibroze						
Djeca liječena od reumatske groznice s promjenama na srcu						
10. Zdravstveni radnici						
11. Lica koja boluju od mišićne distrofije i multiple skleroze						
12. Lica u domovima za lica s posebnim potrebama						
13. Lica koja su smještena u kolektivnom smještaju						

Naziv ovlaštenog izvođača koji obavlja DDD: _____
 Adresa (ulica i mjesto): _____
 Telefon: _____ faks: _____
 E-mail: _____
 Datum: _____

POTVRDA br.
 o provedenoj dezinfekciji – dezinsekciji – deratizaciji
 (zaokružiti provedenu mjeru)

Naziv i adresa korisnika DDD zaštite:

Vrsta mikroorganizma (u slučaju da je prethodno izvršeno uzorkovanje i dobijen nalaz nadležne ustanove), štetnog zglavkara (artropoda) ili štetnog glodara:

Infestacija (zaokružiti): jaka srednja slaba

Utrošeno sredstvo	Djelujuća supstanca	Koncentracija / doza sredstva

Opis rada i načina provođenja DDD mjere:

MJERA OPREZA ZA KORISNIKA: Nakon provedene DDD mjere, **OBAVEZNO** treba očistiti i oprati sve radne površine i predmete koji se koriste u svakodnevnoj upotrebi!

M. P.

 Potpis ovlaštenog izvođača

 Potpis korisnika DDD zaštite

* Potvrda se vodi u bloku potvrda, a svaka stranica mora biti numerisana. Potvrda se piše u tri primjerka, od kojih jedan primjerak ostaje kod korisnika DDD zaštite, a dva primjerka ostaju u arhivi ovlaštenog izvođača uz priloženu fakturu izvršene usluge.

DERATIZACIJSKA KUTIJA / HRANILIŠTE
OTROVNO – NE DIRATI – NE PREMJEŠTATI!

Naziv ovlaštenog izvođača i adresa: _____

Telefon: _____

Vrsta otrova: a) antikoagulant I. generacije
 b) antikoagulant II. generacije

Antidot: Vitamin K1

Dežurni telefon u slučaju trovanja: _____