

Organizaciona jedinica: _____

Općina/grad: _____

Telefon/faks: _____

Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

PRIJAVA OBOLJENJA – SMRTI OD ZARAZNE BOLESTI

1. _____
(Prezime, očevo ime i ime)

[illegible]

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

9. Dijagnoza (radna):

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

12. Bolesnik je:		
upućen u bolnicu	DA-1	NE-2
izolovan	DA-1	NE-2
stavljen pod zdravstveni nadzor	DA-1	NE-2

13. Bolest utvrđena:

klinički (dd/mm/gggg)

DA-1

NE-2

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

laboratorijski (dd/mm/gggg)

DA-1

NE-2

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

14. Datum smrti: (dd/mm/gggg)

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

15. Uzročnik: _____

16. Dijagnoza (konačna): _____ Šifra (MKB): _____

17. Bolesnik vakcinisan protiv ove bolesti (isključivo na osnovu uvida u medicinsku dokumentaciju):

NE1

DA – potpuno.....2

– nepotpuno.....3

NEMA DOSTUPNIH PODATAKA4

VAKCINACIJA NIJE OBAVEZNA5

18. Datumi vakcinacije i revakcinacije: _____

19. Klasifikacija slučaja: moguć vjerovatan potvrđen

20. Komentar:

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

BRČKO DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE

Datum prijave: ____/____/____

Registarski broj: _____

/ustanova koja prijavljuje/

(NAPOMENA: Potrebno je popuniti sve rubrike)

Šifra oboljelog:

[illegible]

--	--	--	--

M

Ž

Zemlja rođenja: _____

Državljanin: _____

Zemlja boravka u vrijeme dijagnosticiranja bolesti (navesti državu):

Dijagnoza koja se prijavljuje i datum dijagnoze:

Dob pacijenta kod postavljanja dijagnoze: _____

- _____ / _____

- / /

- Datum prvog pozitivnog testa:

- Datum posljednjeg pozitivnog testa:

- Datum posljednjeg pozitivnog testa:

Vitalni status:

- Živ

-

Datum smrti: ____ / ____ / ____

Mjesto/država u kojoj je registrovana smrt:

- ☐ Nepoznato

Ocjena porijekla slučaja: Autohton

Importovan (navesti državu): _____

(NAPOMENA: Označiti sve što se odnosi na lice iz prijave.)

Transmisiona kategorija (označiti):

- ☐ Lice oboljelo od hemofilije
- ☐ Heteroseksualno lice
- ☐ Intravenski korisnik droga (dokumentovano HIV poz.)
- ☐ Homoseksualno ili biseksualno lice
- ☐ Sa majke na dijete
- ☐ Nozokomijalna transmisija
- ☐ Transmisija putem transfuzije
- ☐ Nepoznato
- ☐ Ostalo (navesti) _____

Transmisioni partner (označiti):

- ☐ Partner homoseksualno ili biseksualno lice
- ☐ Heteroseksualni partner porijeklom iz zemlje sa HIV/AIDS epidemijom
- ☐ Heteroseksualni partner porijeklom iz zemlje bez HIV/AIDS epidemije
- ☐ Partner koji je intravenski korisnik droga
- ☐ Partner koji je inficiran putem transmisije sa majke na dijete
- ☐ Partner inficiran nozokomijalnim putem
- ☐ Partner obolio od hemofilije
- ☐ Partner inficiran putem krvnih produkata
- ☐ Partner nepoznat

Laboratorijski nalazi

HIV tip (označiti): ☐ HIV 1 ☐ Koinfekcija HIV 1 i HIV 2 ☐ HIV 2 ☐ Nepoznato

Anti-HIV testovi kod postavljanja dijagnoze (prvi test)

	Pozitivan	Negativan	dd/mm/gg	Nije rađen
HIV-1 (EIA)	☐	☐		☐
HIV-1/ HIV-2 combin EIA	☐	☐		☐
HIV-1 Western blot/IFA	☐	☐		☐
Drugi anti-HIV test (navesti)	☐	☐		☐

Ako HIV laboratorijski test nije dokumentovan, da li je HIV dijagnozu dokumentovao doktor medicine:

Da ☐ Ne ☐ Nepoznato ☐

Ako jeste, navesti datum dokumentacije od doktora (mm/gggg)

Imunološki testovi:

Prve vrijednosti

CD 4 _____ ćelija/ml

CD 4% _____

Datum testa: __/__/____

Posljednje vrijednosti

CD 4 _____ ćelija/ ml

CD 4% _____

Datum testa: __/__/____

Posljednja vrijednost virusne težine (količina krvi oboljelih / *virus load*) _____ kopija/ ml

Datum određivanja posljednje vrijednosti virusne težine: __/__/____

Klinički stadij kod postavljanja dijagnoze (označiti):

- ☐ Akutna HIV infekcija (označiti): ☐ Asimptomatska ☐ Simptomatska, nije AIDS ☐ Nije AIDS, nije drugačije ☐ AIDS ☐ Nepoznato
- ☐ Serokoverzija
- ☐ Posljednji negativni test unutar 6 mjeseci od postavljanja HIV dijagnoze
- ☐ Potvrđeno p24 antigen testom
- ☐ Potvrđeno Western Blot testom
- ☐ Bez dodatnih dokaza o akutnoj infekciji

AIDS indikatori bolesti (navesti, shodno definiciji slučaja evropskog AIDS nadzora iz 1993. godine)

Dijagnoza postavljena:

A.

dd/mm/gg

dd/mm/gg

1 Bakterijske infekcije, multiple ili rekurentne kod djece mlađe od 13 godina

16 Pneumocystis carinii / jirovecii pneumonia

2 Kandidijaza bronha, traheje ili pluća

17 Pneumonija, rekurentna kod odraslih i adolescenata starijih od 13 godina*

3 Ezofagealna kandidijaza

18 Progresivna multifokalna leukoencefalopati

4 Kokcidiodiomikoza, diseminirana ili vanplućna

19 Salmonella (non typhoid) septikemija rekurentna

5 Vanplućna (ehtrapulmon. kriptokokoza)

20 Toksoplazmoza mozga kod bolesnika koji imaju više od mjesec dana

6 Kriptosporidoza

B. Druga oboljenja

7	Citomegaloviroza (izuzev jetre, slejzine ili limfonoda) kod bolesnika koji imaju više od mjesec dana.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	21	Karcinom cerviksa, invazivni kod odraslih i adolescenata koji imaju više od 13 godina*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Cytomegalovirus retinitis (sa gubitkom vida)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	22	HIV encefalopatija	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Herpes simplex: chronic ulcer(s) (duže od mjesec dana); ili bronhitis, pneumonitis, ili ezofagitis kod bolesnika koji imaju više od mjesec dana.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	23	Kapošijev sarkom	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	Histoplazmoza diseminovna ili vanplućna	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	24	Limfoidna intersticijalna pneumonija kod djece koja imaju više od 13 godina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Isosporiasis, crijevna sa dijarejama (duže od 1 mjesec)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	25	Limfom „Burkitt“ (ili sličan pojam)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Mycobacterium avium complex ili M. kansasii, diseminovana ili vanplućna	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	26	Limfom limfoblastični (ili sličan pojam)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Mycobacterium tuberculosis, plućna kod odraslih i adolescenata koji imaju više od 13 godina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	27	Primarni limfom mozga	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Mycobacterium tuberculosis, diseminovana ili vanplućna	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	28	Sindrom kaheksije izazvan sa HIV	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Mycobacterium, druge ili neidentifikovane vrste, diseminovana ili vanplućna	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	C. Indikatori oboljenja sa nekompletnim podacima (Koristi se samo kad potpuni podaci nisu na raspolaganju)									
										29	Oportunistička infekcija(e), nespecifična	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
										30	Limfom(i), nespecifična	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ostalo _____																			

Terapija i zdravstveno prosvječivanje

Da li je pacijent bio upoznat sa svojom HIV infekcijom? Da ☐ Ne ☐ Nepoznato ☐

Njegov/njen partner će biti upoznat sa svojom izloženošću HIV-u i savjetovan od:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Zdravstvene ustanove Doktora Pacijenta Nepoznato Pacijent je pod nadzorom: Infektivna klinika odjel za HIV

Centar za zavisnost ☐

Anti-HIV/AIDS liječenje _____

Anti-HIV/AIDS Da ☐ Ne ☐

Ako je odgovor DA, navesti datum početka liječenja: __/__/____

Vrsta liječenja (HAART, dvojna ili monoterapija): _____

Datum posljednje kontrole: __/__/____

Za žene.

Da li je ta pacijentica bila ili je upućena na ginekološki pregled? Da ☐ Ne ☐ Nepoznato ☐

Da li je trudna? Da ☐ Ne ☐ Nepoznato ☐

Da li je rađala živorođenu djecu?

Da

☐

Ne

☐

Nepoznato

☐

Ako je odgovor DA, navesti podatke o tome:

Datum: __/__/____

M. P.

Potpis i faksimil doktora medicine

BRČKO DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____ Datum prijave: _____

Općina/grad: _____ RegistarSKI broj: _____

Vrsta prijave: _____ prva _____ ponovna _____

(pacijenti mlađi od 13 godina kod postavljanja dijagnoze HIV-a/AIDS-a)

NAPOMENA: Potrebno popuniti sve rubrike.

I Podaci o pacijentu

Šifra pacijenta:		Pol:	muški	ženski
Datum rođenja:				
Sadašnje prebivalište pacijenta:				
Grad/općina:			Država:	
Prijavljuje se:	Perinatalna izloženost HIV infekciji	AIDS	Datum zadnjeg pregleda mj. god.	
	Potvrđena HIV infekcija	Seroreverter*		
Godina dijagnosticiranja:	HIV infekcija (nije AIDS)		AIDS	
Vitalni status:	živ	umro	nepoznato	
Datum smrti:		Država/grad umiranja:		

II Pacijentova/majčina historija (popunjavaju se sve kategorije)

HIV status pacijentove biološke majke (označiti samo jedno):		
☐	☐	☐
Odbila testiranje na HIV	Bila neinficirana nakon rođenja djeteta	HIV status nepoznat
Dijagnosticiran HIV/AIDS:		
☐	☐	☐
Prije trudnoće	Tokom trudnoće	Nakon rođenja djeteta
☐	☐	☐
Poslije rođenja djeteta	Prije rođenja djeteta, ne zna se kad	HIV infekcija, vrijeme dijagnosticiranja nepoznato

Da li je djetetova biološka majka ikad:	da	ne	nepoz.			
1. Koristila intravenske droge	☐	☐	☐			
2. Imala HETEROSEKSUALNE odnose sa:						
- korisnikom intravenskih droga	☐	☐	☐			
- biseksualnim muškarcem	☐	☐	☐			
- muškarcem sa hemofilijom ili poremećajem zgrušavanja krvi	☐	☐	☐			
- primaocem HIV inficirane transfuzije krvi i transplantata	☐	☐	☐			
3. Primila transfuziju krvi/krvnih komponenti (izuzev fakt. zgrušavanja)	☐	☐	☐			
4. Primila transplantirano tkivo/organ ili imala vantjelesnu oplodnju	☐	☐	☐			

Prije dijagnosticiranja HIV/AIDS djetete je:				da	ne	nepoz.
1. Primalo faktore zgrušavanja za hemofiliju/poremećaj koagulacije	☐	☐	☐			
2. Primalo transfuziju krvi/krvnih komponenti (izuzev fakt. zgrušavanja)	☐	☐	☐			
- Prva transfuzija (dd/mm/gg)						
- Zadnja transfuzija (dd/mm/gg)						
3. Primalo transplantate tkiva/organa	☐	☐	☐			
4. Koristilo intravenske droge	☐	☐	☐			
5. Ostalo	☐	☐	☐			
(navesti) _____						

*seroreverter – prenesena majčina antitijela

III Laboratorijski podaci

Anti-HIV testovi kod postavljanja dijagnoze (navesti sve testove, uključujući prvi pozitivan)					Datum testiranja	
	pozitivan	negativan	neodređeno	nije raden	mj.	god.
HIV-1EIA-----	☐	☐	☐	☐		
HIV-1EIA-----	☐	☐	☐	☐		
HIV-1/HIV-2 kombinovana EIA	☐	☐	☐	☐		
HIV-1/HIV-2 kombinovana EIA	☐	☐	☐	☐		
HIV-1 Western blot/IFA - - - - -	☐	☐	☐	☐		
HIV-1 Western blot/IFA - - - - -	☐	☐	☐	☐		
Drugi HIV testovi (navedi) - - -	☐	☐	☐	☐		

HIV testovi za otkrivanje (navesti sve testove)		Datum testiranja		poz. neg. neodr. nije raden		Datum testiranja	
	poz. neg. neodr. n. rad.	mj.	god.			mj.	god.
HIV kulture	☐ ☐ ☐ ☐			HIV DNA PCR	☐ ☐	☐	☐
HIV kulture	☐ ☐ ☐ ☐			HIV DNA PCR	☐ ☐	☐	☐
HIV antigen test	☐ ☐ ☐ ☐			HIV RNA	☐ ☐	☐	☐

--	--	--

IV Klinički stadij

AIDS indikatori bolesti		Datum dijagnoze	
		mj.	god.
1. Bakterijske infekcije, multiple ili rekurentne (uključuje septikemiju izazvanu salmonelom)			
2. Kandidijaza bronha, traheje ili pluća			
3. Ezofagealna kandidijaza			
4. Kokcidiodiomikoza, diseminirana ili izvan pluća			
5. Kriptokokoza, vanplućna			
6. Kriptosporidoza hronična intestinalna (trajanje > od mjesec dana)			
7. Citomegaloviroza (izuzev jetre, sljezine ili limfonoda) kod > od mjesec dana			
8. Citomegalovirusni retinitis (sa gubitkom vida)			
13. Kapošijev sarkom			
14. Limfoidna intersticijska pneumonija i/ili pulmonalna limfoidna hiperplazija			
15. Limfom „Burkitt“ (ili sličan pojam)			
16. Limfom limfoblastični (ili sličan pojam)			
17. Limfom mozga, primarni			
18. Mycobacterium avium complex ili M. kansasi, diseminovana ili vanplućna			
19. Mycobacterium tuberculosis, diseminovana ili vanplućna			
20. Mycobacterium, druge ili neidentifikovane vrste, diseminovana ili vanplućna			

9. HIV encefalopatija	☐	☐		21. Pneumocistis carini pneumonia	
10. Herpes simpleks hronični ulcerozni (trajanje > od mjesec dana) bronhitis, pneumonija, ezofagitis, kod starijih od mjesec dana	☐	☐		22. Progresivna multifokalna leukoencefalopatija	☐
11. Histoplazmoza disemiovna ili vanplućna	☐	☐		23. Toksoplazmoza mozga, (trajanje > od mjesec dana)	☐
12. Izosporijaza, hron. intestinalna (trajanje > od mjesec dana)	☐	☐		24. Sindrom kaheksije izazvan HIV infekcijom	☐

Da li je dijagnosticirana	da	ne	nep.	Ako jeste, navesti dijagnozu i datum	dan	mj.	god.
tuberkuloza pluća	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐

V Historija rođenja (samo za perinatalne slučajeve)

Historija rođenja je dostupna	da	ne	nepoznato	Ako nije, predite na poglavlje VI
☐	☐	☐		

Bolnica u kojoj je dijete rođeno:	Grad/općina: _____
Bolnica: _____	Država: _____

Prebivalište u trenutku rođenja:	
Grad/općina: _____	Država: _____

Porodajna težina:	Vrsta poroda	Neonatalni status:
☐ grama	☐ ednoplodni ☐ blizanci ☐ > 2 ☐ nepoznato	☐ porod u terminu
	Način poroda ☐ vaginalni ☐ carski rez	☐ prijevremeni
	Defekti na rođenju ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato	☐ sedmica ranije
	Ako da (navedi): _____	

Prenatalni pregledi:	
_____ mjesec trudnoće pri prvom pregledu	☐ ukupan broj posjeta doktoru tokom trudnoće

Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) tokom trudnoće?	odbila	da	ne	nepoz.	Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) tokom porođaja?	odbila	da	ne	nepoz.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ako jeste, u kojoj sedmici trudnoće je počela sa terapijom?	☐	☐	☐	☐	Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) prije trudnoće?	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Da li je majka primala ikakav antiretroviralni lijek tokom trudnoće?	da	ne	nepozn.	Da li je majka primala ikakav antiretrovirusni lijek tokom porođaja?	da	ne	nepozn.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Datum rođenja majke:	Šifra majke:
dan mj. god.	☐

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

Mjesto rođenja majke:

☐ BiH ☐ ostalo (navesti) _____

☐ nepoznato

VI

Ovo dijete je primalo ili prima:

	da	ne	nep.	Datum početka terapije dan mj. god.
Neonatalni <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) za prevenciju HIV infekcije	☐	☐	☐	
Druge neonatalne antiretrovirusne lijekove za prevenciju HIV-a	☐	☐	☐	
Antiretrovirusnu terapiju za tretman HIV-a	☐	☐	☐	
RSR profilaksa	☐	☐	☐	

Da li je dijete dojilo:

da ne nep.
☐ ☐ ☐

O djetetu se brinu:

☐ biološki roditelji ☐ druga rodbina ☐ hranioci ☐ usvojioci
☐ socijalna ustanova ☐ ostalo (navedi u poglavlju VII) ☐ nepoznato

VII Komentar

Ime i prezime doktora medicine: _____

Telefon/faks: _____

Potpis i faksimil: _____

BRČKO DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena organizacija: _____

Datum prijave: _____

Općina/grad: _____

Registarski broj: _____

Područje: _____

PRIJAVA SMRTI LICA SA HIV-om/AIDS-om

NAPOMENA: Potrebno popuniti sve rubrike.

Opći podaci o umrlom/umrloj:

Šifra oboljelog:		Dan/mjesec/godina rođenja	
☐ M ☐ Ž			
Spol: _____		Mjesto stalnog boravka: _____	
Zemlja rođenja: _____		Državljanin: _____	
Zanimanje: _____		Bračno stanje: _____	
Podaci o HIV-u/AIDS-u:			
Datum utvrđivanja HIV pozitivnog nalaza: ____/____/____		Da li je liječen/-a: ☐ DA ☐ NE	
Datum postavljanja dijagnoze AIDS-a: ____/____/____		Datum početka liječenja: ____/____/____	
		Vrsta liječenja: ☐ HART ☐ Dvojna terapija ☐ Monoterapija	
Datum posljednjeg liječenja/pregleda: ____/____/____			
Rezultati posljednjih laboratorijskih nalaza: CD 4 _____ ćelija/ml			
Dužina liječenja: _____			
Ustanova u kojoj je liječen/-a: _____			
Podaci o smrti			
Datum smrti: ____/____/____		Mjesto smrti: _____	
Smrt je: ☐ Prirodna		Umro-la: ☐ u zdravstvenoj ustanovi	
☐ Nasilna		☐ izvan zdravstvene ustanove	
☐ Neutvrđeno			
Ako je smrt nasilna, da li je: ☐ Nesreća ☐ Ubistvo ☐ Samoubistvo			
Uzrok smrti (označiti): ☐ Povezano sa AIDS-om ☐ Nije povezano sa AIDS-om ☐ Nepoznat uzrok smrti			

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

BRČKO DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova:

Mjesto: _____

Ulica i broj: _____

Elektronska pošta:

Organizaciona jedinica:

Općina/grad: _____

Telefon/faks:

Broj pod kojim je prijava zavedena:

PRIJAVA OBOLJENJA/SMRTI OD MALARIJE I NOSILAŠTVA PARAZITA – UZROČNIKA MALARIJE

Prezime, ime oca i ime

Datum rođenja

JMB

[illegible]

Mjesto stanovanja:

Adresa:

Zanimanje: Radna organizacija/zaposlenje:

Država u kojoj je boravio:

Vrijeme boravka, od _____ do _____

Država iz koje je doputovao:

Datum dolaska u Brčko distrikt BiH:

Datum obolijevanja:

Kratka anamneza:

Pozitivna historija obolijevanja od malarije u posljednjih 12 mjeseci:

DA 1 NE 2 Nepoznato 3

Ako da, tačan datum obolijevanja:

Vrsta parazita: P. falciparum P. Malariae P. Ovale P. Vivax

Miješana inf. Nije utvrđen

Da li je osoba bila podvrgnuta transplantaciji organa ili transfuziji krvi?

DA 1 NE 2 NEPOZNATO 3 Ako da, navesti tačan datum:

Oboljenje
(latinski)

Šifra

Razlog boravka u malaričnom području:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1) privremeni rad | 4) službeno ili turističko putovanje |
| 2) posjeta zemlji svog porijekla | 5) ostalo |
| 3) član posade (aviona, broda), humanitarna ili vojna misija | |

Primijenjena hemoprofilaksa:	1) prije odlaska	DA	NE
	2) u toku boravka	DA	NE
	3) nakon povratka	DA	NE

Kod potvrdnog odgovora:

Naziv lijeka: _____

Shema davanja: _____

Naziv lijeka: _____

Shema davanja: _____

Naziv lijeka: _____

Shema davanja: _____

Način postavljanja dijagnoze:

gusta kap (razmaz) _____ serološki _____ klinički _____

Vrsta parazita:

P. falciparum _____ P. Malariae _____ P. Ovale _____ P. Vivax _____

Miješana inf. _____ Nije utvrđen _____

Vrijeme i dužina hospitalizacije:

Način liječenja:

Ishod liječenja:

oporavljen _____ parazitonoša _____ umro _____ nepoznat _____

Komentar:

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

**OBRAZAC ZA UZORAK KOD SUMNJE ILI OBOLJENJA OD
MORBILA I RUBEOLE**

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Podaci o pacijentu						
Država:		Broj pacijenta:			Datum:	
Ime i prezime pacijenta:				JMB:	M	Ž
Datum rođenja:		Adresa i mjesto prebivališta:				
Da li je vakcinisan MRP		MRP I doza:		MRP II druga doza:		
vakcinom: Da/Ne						
Ostalo (vakcina protiv morbila):						
Druga prisutna oboljenja/smetnje:				Datum izbijanja osipa:		
Simptomi:			Da li je pacijent hospitalizovan: Da Ne			
Da li je upućena prijava oboljenja: Da Ne			Ako da, datum kada je prijavljen:			
Podaci o uzorku						
	Prikupljanje		Čuvanje		Prijem uzorka u referentnu laboratoriju	
Vrsta uzorka (označiti sa X):	Datum	T (°C)	Datumi čuvanja uzorka od prikupljanja do transporta	T (°C)	Datum	T (°C)
Puna krv						
Serum						
Podaci o ustanovi						
Ime i prezime osobe koja upućuje materijal:						
Naziv ustanove, mjesto i telefon:						

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

JZU, Dom zdravlja: _____ Izvještaj za sedmicu br. _____, period od _____ do _____
Mjesto: _____ Općina/grad: _____
Adresa: _____ Telefon: _____

ZBIRNA PRIJAVA OBOLJELIH OD
ILI (oboljenje slično gripi) i ARI (akutne respiratorne infekcije)

UZRASNE GRUPE	BROJ OBOLJELIH OD <u>ILI</u> (temperatura ≥ 38 i kašalj)		BROJ OBOLJELIH OD <u>ARI</u> (kašalj, grlobolja, kihavica, sa ili bez povišene temperature)	
	Muško	Žensko	Muško	Žensko
od 0 do 4 godine				
od 5 do 14 godina				
od 15 do 29 godina				
od 30 do 64 godine				
od 65 i više godina				
UKUPNO:				
Broj pregledanih pacijenata u sedmici bez obzira na dijagnozu (popunjava samo sentinel ustanova):				

Datum podnošenja prijave

Ime i prezime podnosioca izvještaja

ZBIRNA PRIJAVA OBOLJELIH OD TEŠKIH AKUTNIH RESPIRATORNIH INFEKCIJA (SARI)
(temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ili anamnestički podatak o povišenoj temperaturi, i kašalj i dispneja – sva 3 simptoma moraju biti prisutna)
BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

BOLNICA: _____

Izvjestaj za sedmicu br. _____

Općina: _____

period od _____ do _____

Adresa: _____

Telefon: _____

UZRAST	Muško	Žensko	Ukupno	Umrli
0do4				
od5do14				
od 15 do 29				
od 30 do 64				
65 i više				
Ukupno sedmično:				
Broj novohospitalizovanih pacijenata sedmično bez obzira na dijagnozu (popunjava samo sentinel bolnica):				

Datum podnošenja izvještaja

Ime i prezime osobe koja popunjava izvještaj

Potpis: _____

**FORMULAR ZA UZIMANJE BRISA PACIJENTU S TEŠKOM AKUTNOM
RESPIRATORNOM INFEKCIJOM (SARI)**

SARI definicija slučaja: <i>temperatura ≥ 38 °C ili anamnestički podatak o povišenoj temperaturi i kašalj, koji su počeli unutar posljednjih 10 dana i zahtijevaju hospitalizaciju</i>			
BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE Naziv zdravstvene ustanove, bolnice/kliničkog centra:			Datum uzimanja uzorka:
Datum javljanja u zdrav. ustanovu:		Datum pojave simptoma bolesti:	
Datum popunjavanja obrasca:		Datum početka hospitalizacije:	
Ime i prezime doktora koji je uzeo uzorak:			Telefon doktora:
PODACI O PACIJENTU			
Ime i prezime pacijenta:			JMB:
Spol: ☐ Muško ☐ Žensko		Datum rođenja:	
Mjesto i adresa prebivališta:		Telefon pacijenta / člana porodice:	
Zanimanje i gdje je zaposlen:			
Putovanje koje je prethodilo bolesti ili koje je trajalo tokom početka bolesti (grad, zemlja i tačan datum):			
Ako je žensko: ☐ Trudnica ☐ U postpartumu (do 6 sedmica) ☐ Nijedno			
HRONIČNA OBOLJENJA			
☐ Hronično respiratorno oboljenje ☐ Astma ☐ Dijabetes ☐ Hronično kardiovaskularno oboljenje ☐ Hronično bubrežno oboljenje ☐ Hronično oboljenje jetre ☐ Hronično neurološko oboljenje ☐ Stanje imunokompromitovanosti ☐ Nepoznato ☐ Bez hroničnog oboljenja			
OSTALO			

☐ Gojaznost (BMI > 30 ili procjena na osnovu kliničkog pregleda) ☐ Pothranjenost	
☐ Tuberkuloza ☐ Onkološko oboljenje ☐ Druga metabolička oboljenja	
☐ Ostalo (navesti) _____	
VAKCINACIJA I ANTIVIRALNA TERAPIJA	
Da li je pacijent uzimao antiviralne lijekove bilo kada od početka trenutnog oboljenja?	☐ Da Datum početka uzimanja: _____ ☐ Ne
Ako da, koji je naziv antiviralnog lijeka:	☐ Oseltamivir ☐ Zanamivir ☐ Drugi (navesti) _____
Da li je pacijent vakcinisan ove sezone protiv gripe?	☐ Da Datum: _____ ☐ Ne ☐ Nepoznato
SARI DEFINICIJA SLUČAJA (Svrha ovih podataka je da se utvrdi pridržavanje definiciji slučaja)	
Izmjerena temperature $\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$	☐ Da ☐ Ne ☐ Nepoznato
Način mjerenja temperature:	☐ oralno ☐ aksilarno ☐ drugo
Pozitivna historija o febrilnosti?	☐ Da ☐ Ne ☐ Nepoznato
Prisutan kašalj?	☐ Da ☐ Ne ☐ Nepoznato
Neophodna hospitalizacija (ne vodi se samo kroz dnevnu bolnicu)?	☐ Da ☐ Ne ☐ Nepoznato

Potpis i faksimil doktora medicine

ANEKS X

Procjena pojave zarazne bolesti koja predstavlja vanrednu situaciju na polju javnog zdravstva Brčko distrikt Bosne i Hercegovine

I	Da li je uticaj na javno zdravlje događaja ozbiljan? (pitanja 1, 2 i 3)
DA/NE/Nisam siguran-a	
1.	<i>Da li je broj slučajeva i/ili broj smrtnih slučajeva za ovu vrstu događaja velik za dato mjesto, vrijeme ili stanovništvo?</i>
DA/NE/Nisam siguran-a	
Komentar	
2.	<i>Da li događaj ima mogućnost velikog uticaja na javno zdravlje?</i>
DA/NE/Nisam siguran/-a	
Komentar (koristiti navedena pitanja)	
	<i>Da li je događaj uzrokovan patogenom s velikom mogućnošću uzrokovanja epidemije? (npr. infektivnost agensa, veliki broj smrtnih slučajeva, više načina prenosa ili zdrav prenosnik)</i>
	<i>Događaj predstavlja indikaciju neuspjelog tretmana? (npr. novi događaj ili otpornost na antibiotike koja se tek javlja, neuspjela vakcinacija, otpornost na antidot ili njegova neuspješnost)</i>
	<i>Događaj predstavlja značajan rizik za javno zdravlje čak i ako još nije potvrđen nijedan slučaj kod ljudi ili ih je potvrđeno samo jako malo?</i>
	<i>Broj slučajeva o kojima izvještava?</i>
	<i>Da li je rizično stanovništvo posebno ugroženo?(izbjeglice, nizak nivo imunizacije, djeca, starija lica, nizak imunitet, pothranjenost itd.).</i>
	<i>Postoje prateći faktori koji mogu ometati ili odlagati reakciju u polju javnog zdravstva? (prirodne katastrofe, oružani sukobi, nepovoljni vremenski uslovi, više žiža u državi-potpisnici).</i>

Događaj se desio/dešava u zoni s velikom gustom stanovništva?

Javlja se širenje toksičnih, infektivnih ili inače opasnih materijala koji se mogu javljati i u prirodi ili inače, a koje je kontaminiralo ili ima mogućnost da kontaminira neko stanovništvo i/ili veliku geografsku oblast?

3. Da li je radi sprečavanja novih slučajeva ili u otkrivanju, istrazi, reakciji i nadzoru aktuelnog događaja, potrebna vanjska pomoć?

DA/NE/Nisam siguran-a

Komentar (koristiti navedena pitanja)

Da li postoje neodgovarajuća kadrovska, finansijska, materijalna ili tehnička sredstva? (npr. nedostatak laboratorijskih ili epidemioloških kapaciteta za istraživanje događaja [oprema, osoblje, finansijska sredstva])

Da li postoji nedostatak antidota, lijekova i/ili vakcina i/ili zaštitne opreme, opreme za dekontaminaciju ili pomoćna oprema za pokrivanje procijenjenih potreba?

II Da li je događaj neuobičajen ili neočekivan? (pitanja 4 i 5) DA/NE/Nisam siguran-a
4. Da li je događaj neuobičajen? DA/NE/Nisam siguran-a
Komentar (koristiti navedena pitanja) Da li je događaj uzrokovan nepoznatim agensom ili... ? Da li je put prenosa neuobičajen ili nepoznat? Opisati sredstvo, put prenosa? Evolucija slučaja je ozbiljnija nego što je očekivano? Da li je dešavanje samog tog događanja neuobičajeno za tu oblast, sezonu ili stanovništvo?
5. Da li je događaj neočekivan iz perspektive javnog zdravstva? DA/NE/Nisam siguran-a
Komentar (koristiti navedena pitanja) Da li je događaj uzrokovan oboljenjem/agensom koji je već eliminisan ili iskorijenjen iz države-potpisnice ili o njemu prethodno nije bilo izvještaja?
III Da li postoji značajan rizik od širenja na međunarodnom nivou? (pitanje 6) DA/NE/Nisam siguran-a
6. Da li postoje dokazi o epidemiološkoj vezi sa sličnim događajima u drugim

<i>državama?</i> <i>DA/NE/Nisam siguran-a</i>
<i>Komentar (koristiti navedena pitanja)</i> <i>Da li postoji bilo koji faktor koji bi trebalo da nas upozori na mogućnost prekograničnog kretanja agensa, sredstva ili domaćina? (npr. lokalno prekogranično širenje, indeksni slučaj [ili neki drugi povezani slučajevi] sa historijom u okviru proteklog mjeseca, međunarodna putovanja, učešće na međunarodnom okupljanju, bliski kontakt s međunarodnim putnicima ili jako mobilnim stanovništvom)</i> <i>Da li je događaj uzrokovan kontaminacijom okoline, pri čemu postoji mogućnost širenja preko međunarodnih granica?</i> <i>Da li je događaj u zoni gustog međunarodnog saobraćaja uz ograničene kapacitete sanitarnog nadzora ili detekcije ili dekontaminacije životne sredine?</i>
IV Da li postoji značajan rizik od ograničenja međunarodnog saobraćaja ili trgovine? (pitanja 7, 8, 9 i 10) <i>DA/NE/Nisam siguran-a</i>
7. <i>Da li su slični događaji u prošlosti doveli do međunarodnih ograničenja u trgovini i/ili u saobraćaju?</i> <i>DA/NE/Nisam siguran-a</i> <i>Komentar</i>
8. <i>Da li se sumnja ili zna da su izvor neki prehrambeni proizvod, voda ili neka druga roba koja bi mogla biti kontaminirana a izvezena/uvezena je u drugu državu ili iz drugih država?</i> <i>DA/NE/Nisam siguran-a</i> <i>Komentar</i>

<i>Da li se događaj desio u vezi s nekim međunarodnim okupljanjem ili u zoni gustog međunarodnog turizma?</i>
<i>DA/NE/Nisam siguran-a</i>
<i>Komentar</i>
<i>Da li je događaj doveo do zahtjeva za dodatnim obavještanjem od inostranih zvaničnika ili međunarodnih medija?</i>
<i>DA/NE/Nisam siguran-a</i>
<i>Komentar</i>

Napomena:

Ukoliko sa DA odgovorite na sva pitanja ([1, 2 i 3] poglavlja I; [4 i 5] poglavlja II; [6] poglavlja III; [7, 8, 9 i 10] poglavlja IV), onda je odgovor na glavno pitanje poglavlja DA.

U slučaju da na jedno od pitanja ([1, 2 i 3] poglavlja I; [4 i 5] poglavlja II; [6] poglavlja III; [7, 8, 9 i 10] poglavlja IV), odgovorite sa NE, onda je odgovor na glavno pitanje poglavlja NE.

U slučaju da na jedno od pitanja ([1, 2 i 3] poglavlja I; [4 i 5] poglavlja II; [6] poglavlja III; [7, 8, 9 i 10] poglavlja IV), odgovorite sa Nisam siguran-na, onda je odgovor na glavno pitanje poglavlja Nisam siguran-a.

Potpis lica koje je ispunilo izvještaj

Potpis ovlaštenog lica Pododjeljenja

_____ M. P. _____

[illegible]

PRIJAVA OBOLJELOG OD TUBERKULOZE BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

BROJCI DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Naziv ustanove: _____

Adresa ustanove: _____

Ime nadležnog dr. med.: _____

Šifra ustanove: _____

Podaci uneseni u registar jedinice lokalne samouprave pod rednim brojem: _____

Telefon: _____

Prezime (ime oca) i ime pacijenta: _____

JMB

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

Adresa boravišta: _____ Stalna adresa: _____ Općina/mjesto: _____

Zanimanje: _____ Godine života: _____ Telefon: _____ Spol: ☐ M ☐ Ž

☐ Urbano stanovništvo	☐ Ruralno stanovništvo	
--	---	--

Skolska sprema:	Bračno stanje:	Socijalni status domaćinstva*:	Primanja:	Radni status:
☐ osnovna škola ☐ neoženjen/neudata ☐ SSS ☐ VŠS ☐ VSS ☐ Ostalo _____	☐ ☐ oženjen/udata ☐ rastavljen-a ☐ razveden-a ☐ udovac/udovica ☐ drugo _____	☐ ispod praga siromaštva ☐ iznad praga siromaštva ☐ nepoznato ☐ broj članova domaćinstva _____	☐ DA ☐ NE	☐ zaposlen ☐ nezaposlen ☐ učenik/student ☐ penzioner ☐ predškolski uzrast

*Za potrebe popunjavanja ove prijave, u kategoriju siromašnih se ubrajaju lica kod kojih su primanja po prilagođenom članu domaćinstva manja od 370 KM (izračunava se tako da se ukupna primanja domaćinstva podijele sa koeficijentom koji se dobije kada se saberu koeficijenti dodijeljeni pojedinim članovima porodice, i to: glava porodice – 1; odrasli članovi – 0,5, djeca mlađa od 14 godina = 0,3).

Pripadnost osjetljivoj grupi: _____

Državljanstvo BiH: ☐ DA ☐ NE

Drugo državljanstvo: _____

Boravak u inostranstvu: ☐ DA ☐ NE

Država boravka: _____

Datum odlaska u inostranstvo: _____ Datum povratka iz inostranstva: _____

Migracijski status: ☐ Raseljeno lice ☐ Izbjeglica ☐ Povratnik	Raniji boravak u zatvoru: ☐ DA ☐ NE Mjesto služenja zatvorske kazne: _____ Datum prijema: _____ Datum otpusta: _____ ☐ Trenutno na izdržavanju zatvorske kazne
---	---

GLAVNA LOKACIJA OBOLJENJA (označiti samo jedno)	
☐ plućna ☐ urogenitalna ☐ limfatična ☐ peritonealna/digestivni trakt ☐ limfatična, ekstratorakalna ☐ diseminirana (kliconoštvo) ☐ CNS, meningealna ☐ ostalo _____	☐ pleuralna ☐ CNS, izuzev meningealne ☐ koštana/artikularna – kičmena ☐ koštana/artikularna – izuzev kičmene

SPOREDNA LOKACIJA OBOLJENJA (označiti samo jedno)	
☐ plućna ☐ urogenitalna ☐ limfatična ☐ peritonealna/digestivni trakt ☐ limfatična, ekstratorakalna ☐ diseminirana (kliconoštvo) ☐ CNS, meningealna ☐ ostalo _____	☐ pleuralna ☐ CNS, izuzev meningealne ☐ koštana/artikularna – kičmena ☐ koštana/artikularna – izuzev kičmene

Anropometrijski podaci:	
Težina: _____	Visina: _____
BMI: _____	

Rezultat laboratorijske dijagnostike na početku liječenja: Uzorak: _____ I II III Datum: _____ ☐ Sputum	Rezultat kulture na mikrobakterije: Datum: _____ ☐ čvrste podloge ☐ tečne podloge ☐ pozitivan	Identifikacija/tipizacija: ☐ <i>M. tuberculosis</i> ☐ <i>M. tuberculosis complex</i> ☐ MOTT – netuberkulozne mikobakterije
---	--	--

☐ Urin ☐ <i>Ph dg</i> ☐ drugo ☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nije urađen	☐ negativan ☐ nije urađen ☐ u radu	☐ ostalo _____
--	---	--

Molekularna dijagnostika LPA:

☐ <i>HAIN</i>	☐ <i>Gene Xpert</i>	☐ Ostalo	☐ DA	☐ NE	☐ nepoznato
--------------------------------------	--	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Rezultati LPA testiranja _____

RTG dijagnostika:

☐ DA	☐ NE	☐ nepoznato
-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Rezultati LPA testiranja _____

Prethodna dijagnoza tuberkuloze:

☐ NE ☐ DA ako je DA, mjesec _____ godina _____

Oboljeli identifikovan nakon:

☐ Pasivnog javljanja ☐ Aktivnog traganja među osjetljivim grupama ☐ Aktivnog traganja među kontaktima ☐ Poslije smrti – nalaz obdukcije
--

Datum dijagnosticiranja:

Sadašnje oboljenje: _____ dan _____ mjesec _____ godina

Datum započinjanja ATL tretmana:

Sadašnja oboljenja: _____ dan _____ mjesec _____ godina

Inicijalni tretman se provodi sa:

☐ Izonijazid ☐ Rifampicin ☐ Pirazinamid ☐ Etambutol ☐ Streptomycin ☐ Drugi antituberkulotici ☐ Drugi tipovi rezistencije ☐ Drugo

Definicija slučaja:

☐ Novi ☐ Recidiv ☐ Neuspješno liječenje ☐ Povratak nakon prekida ☐ Preseljeni ☐ MDR/XDR ☐ Zavisnosti

Druga oboljenja/stanja dijagnosticirana:

☐ HIV ☐ Šećerna bolest ☐ HOBP ☐ Imunosupresivna stanja ☐ Malignomi ☐ Invalidnost ☐ Ostalo
--

Komentar

_____ _____ _____

Mjesto i datum prijavljivanja

M. P.

Potpis odgovornog lica

ODJAVA O ISHODU LIJEČENJA TUBERKULOZE

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE		
Naziv ustanove: _____		
Adresa ustanove: _____		
Ime nadležnog ljekara: _____		
Šifra ustanove: _____		
Podaci uneseni u registar jedinice lokale samouprave pod rednim brojem: _____		
Telefon: _____		
Prezime (ime oca) i ime pacijenta: _____ JMBG □□□□□□□□□□□□		
Adresa boravišta: _____ Stalna adresa: _____ Općina/mjesto: _____		
Zanimanje: _____ Godine života: _____ Telefon: _____ Spol: □ M □ Ž		
☐ Urbano stanovništvo ☐ Ruralno stanovništvo		
Dijagnoza Definicija slučaja na početku liječenja: ☐ Novi ☐ Recidiv ☐ Neuspješno liječenje ☐ Preseljeni ☐ MDR/XDR ☐ Drugi tipovi rezistencije ☐ Ostalo	Ishod liječenja: ☐ (I) Izliječen ☐ (Z) Završeno liječenje ☐ (P) Prekid liječenja* ☐ (G) neuspješno liječenje ☐ (I) Iseljenje ☐ (S) Smrt	Alergija na: ☐ INH ☐ RK ☐ PZA ☐ ET ☐ SM ☐ (K) Kožna ☐ (IG) Gastrointestinalna ☐ (D) Drugo
Podaci o liječenju: Datum početka ATL: (dd/mm/gg/) _____ Datum završetka ATL: (dd/mm/gg/) _____ Ili u slučaju prekida ili smrti: (datum) _____	Promjena ATL sa prve linije na drugu liniju tretmana: ☐ DA ☐ NE MDR tretman ☐ DA ☐ NE	

Status vakcinacije: ☐ Vakcinisan nakon rođenja ☐ Nije vakcinisan ☐ Ostalo	HIV testiranje u slučaju identifikacije: ☐ DA ☐ NE ☐ Nepoznato Rezultati HIV testiranja _____	RTG dijagnostika: ☐ DA ☐ NE ☐ Nepoznato Rezultati RTG testiranja _____ _____	HAIN: ☐ DA ☐ NE ☐ Nepoznato Rezultati HAIN testiranja _____ _____	IGRA: ☐ DA ☐ NE ☐ Nepoznato Rezultati IGRA testiranja _____ _____	PPD: ☐ DA ☐ NE ☐ Nepoznato Rezultati PPD testiranja _____ _____
---	---	---	--	--	--

Rezultati iz laboratorije na početku liječenja:

Konverzija sputuma

(kod BK pozitivnih)

Uzorak: _____

Datum: _____

☐ Sputum

Razmaz: I II III

(u kojem mjesecu liječenja)

☐ Urin

☐ PHdg

Kultura: I II III

(u kojem mjesecu liječenja)

☐ Drugo – naznačiti

Razmaz: + -

Kultura: + -

Antropometrijski podaci:

Rezistencija:

Datum: _____

☐ Čvrste podloge

☐ Tečne podloge

Upisati odgovarajuće slovo u

predviđeni prostor:

(slovo S u slučaju senzitivnosti ili slovo R u slučaju rezistencije)

☐ INH

☐ RF

☐ PZA

☐ ET

☐ SM

Težina: _____ Visina: _____ BMI: _____

Komentar: _____

Datum objave:

Potpis odgovornog lica:

M. P.

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE			
PRIJAVA ANTIBIOTSKJE REZISTENCIJE			
1	Uzročnik:		
2	Laboratorijska šifra		
3	Šifra uzorka		
4	Vrsta uzorka		
5	Datum uzimanja uzorka		
6	Šifra pacijenta		
7	Godina rođenja		
8	Spol		
9	Šifra bolnice		
10	Zbrinjavanje pacijenta	Na odjelu:	Ambulantno:
	Datum		
11	prijema		
12	Odjel		

Antibiotik	SIR (konačni rezultat)		Prečnik zone (mm)	MIC (mg/L)	MIC interpretacija (S, I, R)	E-test (mg/L)	E-test interpretacija (S, I, R)
	S, I, R)						
Ostali testovi:	Pozitivan	Negativan	Nepoznato	Potpis i faksimil doktora medicine			
ESBL							
Karbapenemaze							
Datum prijave:							

PRIJAVA IZLOŽENOSTI VIRUSU B.JESNILA

M. P.

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova:

Veterinarska inspekcija/ustanova:

Adresa:

Adresa:

Telefon/faks/elektronska pošta:

Telefon/faks/elektronska pošta:

**ZAHTJEV ZA VETERINARSKI NADZOR I PREGLED
ŽIVOTINJE SUMNJIVE NA BJESNILO**

Podaci o licu koja je bila izložena sumnjivoj životinji

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Datum i vrijeme kad je povreda nanesena/kad je ostvaren kontakt:

Vrsta izloženosti (zaokruži): ugrizna rana, ugriz bez proboja kože, ogrebotina, kontakt sa slinom životinje, kontakt sa krznom životinje, drugo (opisati):

Podaci o životinji

Vrsta, rasa, spol i dob:

Identifikacioni broj i drugi podaci:

Podaci o vlasniku/držaoцу životinje:

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Molimo da u svrhu postavljanja dijagnoze, navedenu životinju stavite pod svoj nadzor i naredite i/ili da izvršite posmatranje u narednih 10 dana i/ili obavite druge potrebne preglede. O nalazu ili nemogućnosti postavljanja istog potrebno je da odmah telefonom obavijestite dolje potpisanog doktora, a ovu zdravstvenu ustanovu faksom ili elektronskom poštom.

Obavezno ovoj zdravstvenoj ustanovi pismeno dostavite i sve sljedeće podatke:

- podaci o vlasniku/držaoцу životinje i samoj životinji koji gore nedostaju,

- datum početka i završetka nadzora/pregleda,
- vrsta nadzora/pregleda,
- rezultat nadzora/pregleda,
- datum i vrsta vakcinacije životinje (obavljene prije izloženosti ugroženog lica),
- stručno mišljenje.

Broj: _____

U _____

Datum: _____

Doktor medicine

M. P.

Direktor

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____
 Mjesto: _____ Općina/grad: _____
 Ulica i broj: _____ Telefon/faks: _____
 Elektronska pošta: _____ Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

PRIJAVA O ZAVRŠENOM ANTIRABIČNOM TRETMANU

Prezime, ime oca i ime _____

Godina rođenja: _____ JMB □□□□□□□□□□□□
 Zanimanje: _____ Adresa stanovanja: _____
 Lokalna obrada rane: _____ Datum: _____

Način obrade: _____

Humani antirabični imunoglobulin (HRIG): _____ Datum: _____ Broj jedinica
 _____ (HRIG-a) _____

Mjesto aplikacije: oko rane _____ u glutealni mišić _____

Proizvođač i serija HRIG-a: _____

Neželjene reakcije: _____

Postekspoziciona imunizacija antirabičnom vakcinom

Dani	Datum imunizacije	Naziv vakcine	Primjedba/reakcije
0			
3			
7			
14			
28			

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____

Mjesto: _____ Općina/grad: _____

Ulica i broj: _____ Telefon/faks: _____

Elektronska pošta: _____ Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

PRIJAVA EPIDEMIJE ZARAZNE BOLESTI

Bolest koja se pojavila u epidemijskoj formi:

Dijagnoza: _____ Šifra (MKB): _____

Uzročnik: _____

Datum početka epidemije: _____ Datum otkrivanja epidemije: _____

Indeksni slučaj ili prvi prijavljeni slučaj (datum i mjesto): _____

Mjesto u kom se javila epidemija: _____ Broj stanovnika: _____

Zahvaćeno stanovništvo (naselje, škola, ustanova, kolektiv, porodica) i uslovi (voda, kanalizacija): _____

Broj:
izloženih _____ oboljelih _____ hospitalizovanih _____ umrlih _____

Izvor zaraze: utvrđen _____ neutvrđen _____

Put prenošenja: _____

Uzročnik: _____
(dokazan/nije dokazan/u ispitivanju)

Klinička slika bolesti: _____

Laboratorijske pretrage (vrsta, broj): _____

Uzorci (hrana, voda, okolina): _____

Imunizacioni status oboljelih na osnovu uvida u medicinsku dokumentaciju broj: _____

potpuno vakcinisanih: _____ nepotpuno vakcinisanih: _____

nevakcinisanih: _____ nepoznato: _____

Preduzete protuepidemijske mjere: _____

Vakcinisano u sklopu protuepidemijskih mjera:

Uzrasna grupa	< 1	1-5	6-14	15-19	20-29	30-55	> 55
Broj osoba							

Epidemiološka prognoza: _____

Neophodna pomoć (kadrovi, oprema, sredstva): _____

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____

Mjesto: _____

Općina/grad: _____

Ulica i broj: _____

Telefon/faks: _____

Elektronska pošta: _____

Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

ODJAVA EPIDEMIJE ZARAZNE BOLESTI

Bolest koja se pojavila u epidemijskoj formi:

Dijagnoza: _____

Šifra (MKB): _____

Uzročnik: _____

Datum početka epidemije: _____

Datum otkrivanja epidemije: _____

Indeksni slučaj ili prvi prijavljeni slučaj (datum i mjesto): _____

Mjesto u kom se javila epidemija _____ Broj stanovnika _____

Zahvaćeno stanovništvo (naselje, škola, ustanova, kolektiv, porodica i dr.): _____

broj izloženih _____ broj oboljelih _____ broj hospitalizovanih _____ broj umrlih _____

Oboljeli po spolu i uzrastu

Spol	< 1 god.	1 god.	2	3	4	5	6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	> 60
M															
Z															
Ukupno															

Izvor zaraze: _____ utvrđen: _____ neutvrđen: _____

Put prenošenja: _____

Uzročnik: _____ Potvrda laboratorije: _____ da _____ ne _____

Sprovedene protuepidemijske mjere: _____

Ukupno vakcinisano od početka do kraja epidemije u sklopu protuepidemijskih mjera:

Uzrasna grupa	< 1	1-5	6-14	15-19	20-29	30-55	> 55
Broj osoba							

Predložene mjere za trajno uklanjanje opasnosti: _____

Drugi podaci značajni za pojavu i širenje epidemije i vezani za provedene mjere: _____

Mjesto i datum podnošenja odjave

Potpis i faksimil doktora

M. P.

Organizaciona jedinica: _____
Općina/grad: _____
Telefon/faks: _____
Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

Prezime, ime oca i ime:

Datum prijema u zdravstvenu ustanovu: _____

Razlog javljanja u zdravstvenu ustanovu (hospitalizacije) (klinička dijagnoza/MKB):

Materijal za mikrobiološko ispitivanje uzet na prijemu: DA NE

Vrsta materijala: Rezultat/uzročnik na prijemu:

Lokalizacija bolničke infekcije (označi):

☐ Infekcija operativnog mjesta	☐ Infekcija kardiovaskularnog sistema
☐ Infekcija krvi	☐ Infekcija centralnog nervnog sistema
☐ Infekcija pluća	☐ Infekcija nosa, oka ili uha
☐ Infekcija mokraćnog sistema	☐ Infekcija sistema za varenje
☐ Infekcija koštano-zglobnog sistema	☐ Infekcija kože i mekih tkiva
☐ Infekcija spolnog sistema	☐ Infekcija više organskih sistema
☐ Infekcija sistema za disanje	☐ Druge infekcije

Vrsta materijala:	Rezultat/uzročnik
-------------------	-------------------

Rezistentnost uzročnika: DA NE

Navesti naziv grupe antibiotika na koju je mikroorganizam rezistentan:

Ishod bolničke infekcije:	1) izliječen	2) nije izliječen	3) smrtni ishod
Otpušten iz bolnice	DA NE		

Mjesto i datum podnošenja prijave

M. P.

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____
 Mjesto: _____
 Ulica i broj: _____
 Elektronska pošta: _____

Organizaciona jedinica: _____
 Općina/grad: _____
 Telefon/faks: _____
 Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

**PRIJAVA O LABORATORIJSKI UTVRĐENOM UZROČNIKU
 ZARAZNE BOLESTI**

Prezime, ime oca i ime: _____
 Datum rođenja: _____ JMB □□□□□□□□□□□□
 Mjesto stanovanja: _____
 Adresa: _____

Zanimanje: _____ Radna organizacija/zaposlenje: _____

Razlog uzimanja i slanja materijala (dijagnoza, simptomi):

Država iz koje je doputovao: _____

Datum dolaska u Brčko distrikt BiH: _____

Ko šalje materijal: _____
 (pravno lice, fizičko lice – lično, dr. medicine – ime i prezime)

Datum uzorkovanja materijala: □□□□□□□□
 Datum prijema materijala u laboratoriju: □□□□□□□□
 Vrsta uzorka – navesti: _____

Ime/nalaz analize: _____

Rezultat (vrsta uzročnika – latinski naziv):

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.
