

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 _____ /Šifra MKB/

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

Kako je postavljena dijagnoza

1. Slučajnim mjerenjem

2. OGTT

9 NAČIN LIJEČENJA

Dijeta

1 - DA; 2 - NE

Inzulin

1 - DA; 2 - NE

Inzulinska pumpa

1 - DA; 2 - NE

ORALNI ANTIDIJABETICI

1 - DA; 2 - NE

Bigvanidi

1 - DA; 2 - NE

Sulfonilurea/meglitinidi

1 - DA; 2 - NE

SGLT-2 inhibitori

1 - DA; 2 - NE

DPP-4 Inhibitori

1 - DA; 2 - NE

Tijazolidioni

1 - DA; 2 - NE

GLP-1 RA

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 ☐

12 OSTALA OBOLJENJA KOJA NISU VEZANA ZA DIJABETES, PREMA MKB

Autoimuna tiroidna bolest /Sifra MKB/

Celijakije /Sifra MKB/

Ostale bolesti prema MKB /Sifra MKB/

13 Oboljeli vrši samokontrolu glukoze u krvi 1-DA; 2-NE ☐

CGM-Kontinuirano mjerenje glukoze u krvi 1-DA; 2-NE ☐
Mjerenje trakicama 1-DA; 2-NE ☐

14 OBAVLJENA MJERENJA U POSLJEDNJIH 12 MJESECI

Sistolni krvni pritisak (mmHg) Postprandijalni SUK(dva sata)

Dijastolni krvni pritisak (mmHg) HbA1c (%)

ITM (kg/m2) Albumini (g/L)

GUK natašte (mmol/l) Holesterol-ukupno (mmol/l)

Trigliceridi (mmol/L) Holesterol-LDL (mmol/l)

Mikroalbuminurija (mmol/l) Holesterol-HDL (mmol/l)

15 HRONIČNE KOMPLIKACIJE

Dijabetička retinopatija 1 - DA ; 2 - NE ☐ Nefropatija 1 - DA; 2 - NE ☐

Periferna neuropatija 1 - DA ; 2 - NE ☐ Ishemična srčana bolest 1 - DA; 2 - NE ☐

Periferna vaskulopatija 1 - DA ; 2 - NE ☐ Dijabetičko stopalo 1 - DA; 2 - NE ☐

Ishemična moždana oboljenja 1 - DA ; 2 - NE ☐ Dijaliza 1 - DA; 2 - NE ☐

16 AKUTNE KOMPLIKACIJE U POSLJEDNJIH 12 MJESECI

Hipoglikemija 1 - DA ; 2 - NE ☐

Ketoacidoza 1 - DA ; 2 - NE ☐

Hiperosmolarni
hiperglikemijski sindrom 1 - DA ; 2 - NE ☐

17 ISHOD TRUDNOĆE U DIJABETESU (za žene): ☐

- 1 uredan
- 2 malformacija ploda
- 3 spontani abortus/i
- 4 mrtav plod
- 5 medicinski inducirani abortus
- 6 EPH gestoza

Datum:

Potpis:

M.P.

Kanton/Canton

Izdavatelj potvrde/Certificate issuer

POTVRDA O PREBOLJEVANJU

Certificate of Recovery

Bolest ili agens na koji se cilja/ Disease or agent targeted :		
Prezime i ime/Surname and name	Datum rođenja/Date of birth : _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _	Spol/Gender : M/M Ž/F _ _ _ _
Adresa/Address :	Broj zdravstvene knjižice/ Health ID :	JMBG _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Država članica ili treća zemlja u kojoj je primljena vakcina/ Member State or the third country in which the vaccine was administered		
Datum prvog pozitivnog testa NAAT nositelja/ Date of the holder's first positive NAAT test result :		_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _
Datum početka praćenja od strane nadležnog ljekara/ Date of start of monitoring by the competent doctor _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _		
Datum završetka praćenja od strane nadležnog ljekara/ Date of end of monitoring by the competent doctor _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _		
Potvrda vrijedi od /Certificate valid from:		_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _
Potvrda vrijedi do /Certificate valid until:		_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _
(najviše 180 dana nakon datuma prvog pozitivnog rezultata testa NAAT/not more than 180 days after the date of first positive test)		

Potpis ljekara/Signature

Kanton/Canton

Izdavatelj potvrde/Certificate issuer

POTVRDA O VAKINACIJI

Vaccination Certificate

QR CODE

Bolest ili agens na koji se cilja/ Disease or agent targeted :		
Prezime i ime/Surname and name	Datum rođenja/ Date of birth: _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _	Spol/Gender M/M Ž/F _ _ _ _
Proizvođač/Naziv vakcine Covid-19 vaccine/Manufacturer	Datum davanja prve doze/ Date of first dose _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _	Broj serije/ Serial number
Proizvođač/Naziv vakcine Covid-19 vaccine/Manufacturer	Datum davanja druge doze/ Date of second dose _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _	Broj serije/ Serial number
Proizvođač/Naziv vakcine Covid-19 vaccine/Manufacturer	Datum davanja treće doze/ Date of third dose _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _	Broj serije/ Serial number
Država članica ili treća zemlja u kojoj je primljena vakcina/ Member State or the third country in which the vaccine was administered		

Datum izdavanja potvrde/

Date of issue of the certificate

_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _

Kanton/Canton _____

Izdavatelj potvrde/Certificate issuer _____

POTVRDA O TESTIRANJU

Test Certificate

Bolest ili agens na koji se cilja/ Disease or agent targeted:		
Prezime i ime/Surname and name	Datum rođenja/Date of birth: _ _ / _ _ / _ _ _ _	Spol/Gender: M/M Ž/F _ _
Adresa/Address:	Broj zdravstvene knjižice/ Health ID:	JMBG _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Centar ili objekat za testiranje/ Testing centre or facility: (nije obavezno za brzi antigenski test/ optional for rapid antigen test)	
Datum i vrijeme uzimanja uzorka/ Date and time of the sample collection:	_ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ / _ _ /
Vrsta testa/ Type of test:	
Naziv testa/ Test name: (nije obavezno za PCR test/optional for NAAT test)	
Proizvođač testa/ Test manufacturer: (nije obavezno za PCR test/ optional for NAAT test)	
Rezultat testa/ Result of the test:	

Država članica ili treća zemlja u kojoj je obavljeno testiranje/ Member State or the third country in which the test was carried out:
--

Potpis /Signature
