

ИЗЈАВА о избору/промјени доктора на примарном нивоу здравствене заштите

Име и презиме: _____

Јединствени матични број ЈМБ

Број личне карте

Адреса: _____

Број телефона: _____

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

Пословница/експозитура _____

Датум:
дан мјесец година

М. П.

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ У ТИМУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

Име и презиме доктора медицине у тиму породичне медицине	Здравствена установа/амбуланта
Разлог избора/промјене – шифра	ТПМ – шифра
Датум: дан мјесец година	Одбијам ☐ Разлог одбијања – шифра *
_____ потпис подносиоца изјаве	_____ потпис или факсимил доктора медицине у тиму породичне медицине М.П.

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТИ ПЕДИЈАТРИЈЕ

Име и презиме доктора медицине специјалисте педијатрије	Здравствена установа/амбуланта
Датум: дан мјесец година	Шифра доктора медицине специјалисте педијатрије
_____ потпис законског заступника	Одбијам ☐ Разлог одбијања – шифра *
	_____ потпис или факсимил доктора медицине специјалисте педијатрије М.П.

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТИ ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА

Име и презиме доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства	Здравствена установа/амбуланта
Датум: дан мјесец година	Шифра доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства
_____ потпис осигураног лица	Одбијам ☐ Разлог одбијања – шифра *
	_____ потпис или факсимил доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства М.П.

Шифра разлога	Назив разлога избора/промјене доктора на примарном нивоу здравствене заштите
01	Први избор – новорођени
02	Први избор – неопредијељена осигурана лица
03	Промјена у текућој години за наредну годину (у периоду од 1. септембра до 31. октобра)
04	Промјена у току године – промјена мјеста пребивалишта
05	Промјена у току године – ако изабрани доктор престане радити у уговорној здравственој установи
06	Промјена у току године – ако изабрани доктор промијени сједиште амбуланте
07	Промјена у току године – ако изабрани доктор одсуствује са рада непрекидно дуже од шест мјесеци
10	Промјена у току године – на основу изјаве осигураног лица да је код изабраног доктора евидентиран без свог знања
11	Промјена у току године – због поремећених међусобних односа
12*	Ако број регистрованих осигураних лица прелази максималан број утврђен стандардима и нормативима

Изјава се испуњава у потребном броју примјерака

ПРИЛОГ 2

ПРИЈЕДЛОГ ЗА ДОДЈЕЛУ ОВЛАШЋЕЊА/ИЗМЈЕНА ПОДАТАКА О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ ИЛИ ДОКТОРУ СТОМАТОЛОГИЈЕ КОЈЕМ ЈЕ ДОДИЈЕЉЕНО ОВЛАШЋЕЊЕ/ОДУЗИМАЊЕ ОВЛАШЋЕЊА

Назив подносиоца приједлога/здравствене установе	
Адреса и контакт телефон подносиоца приједлога/здравствене установе	
Име и презиме контакт особе	
Број и датум приједлога	
Садржај приједлога	☐ додјела овлашћења ☐ измјена података о доктору медицине или доктору стоматологије којем је додијељено овлашћење ☐ одузимање овлашћења

Име и презиме доктора медицине или доктора стоматологије	
Датум рођења доктора медицине или доктора стоматологије	
Јединствени матични број доктора медицине или доктора стоматологије	
Доктор медицине или доктор стоматологије (специјалност/супспецијалност)	
Датум стицања звања специјалисте/супспецијалисте	
Установа у којој је доктор медицине или доктор стоматологије запослен	
Датум пријаве овлашћења	
Датум одузимања овлашћења	
Датум измјене података о доктору медицине или доктору стоматологије	
Разлог додјеливања овлашћења / измјене података о доктору медицине или доктору стоматологије / одузимања овлашћења	

Одговорно лице:

М. П.

потпис

Датум:

пуно име и презиме

ТРУДНИЧКА КЊИЖИЦА

Подаци у овој књижици су повјерљиви. Користити их смију здравствени радници за потребе здравствене заштите.

MAJKE:

**ДОКТОРИ МЕДИЦИНЕ
СПЕЦИЈАЛИСТИ ГИНЕКОЛОГИ
И АКУШЕРСТВА:**

- Ова књижица је за вас и ваше дијете.
- Чувајте је и носите стално са собом у току трудноће, порођаја и сваког прегледа дјетета.
- Осим података потребних за праћење вашег здравственог стања, књижица садржи и важне податке о развоју и здравственом стању вашег дјетета.
- У току трудноће редовно долазите на све предвиђене контролне прегледе и онда када не осјећате сметње.
- Покажите књижицу код сваког прегледа.
- Када се из породилишта вратите кући, позовите патронажну медицинску сестру на телефон:
- Молимо вас код сваког прегледа испуните све предвиђене податке у овој књижици, као и све остале податке за које сматрате да су значајни за спровођење здравствене заштите у току трудноће, порођаја и каснијег развоја дјетета.
- Молимо вас вратите мајци књижицу након порођаја.

1

ОПШТИ ПОДАЦИ О ТРУДНИЦИ

Презиме (име једног родитеља) име:

Датум рођења:

Адреса сталног боравка:

Стручна спрема:

Занимање:

Радни однос: ☐ не – ☐ да

Здравствене установе у којима су пружане услуге здравствене заштите током трудноће и порођаја

(печат установе и потпис лекара)

2

ПОДАЦИ О КРВНОЈ ГРУПИ И ИМУНИЗАЦИЈИ МАЈКЕ

ABO

Rh

Индиректни Coombs тест:

Даљи тестови у погледу ABO и Rh имунизације:

Анти D профилакса..... ☐ не – ☐ да:

Датум: _____

Алергије: _____

ПОРОДИЧНА АНАМНЕЗА
(маїке і оця дітета)

1. Шећерна болест..... ☐ не - ☐ да
2. Урођене мане и наследне болести ☐ не - ☐ да
3. Сметње у менталном здрављу..... ☐ не - ☐ да
4. Близанци, тројке итд. ☐ не - ☐ да

Навести остало (тјелесна оштећења, алкохолизам, остала хронична обољења, развојне тешкоће, ноћно мокрење, грчеви код дјеце итд):

3

ЛИЧНА АНАМНЕЗА МАЈКЕ
(прије трудноће)

Урођене мане и касније стечена оштећења.....	☐	не	☐	да
Дијабетес мелитус	☐	не	☐	да
Болест шtitњаче и остале ендокрине болести	☐	не	☐	да
Висок артеријски притисак	☐	не	☐	да
Болести срца и крвних судова	☐	не	☐	да
Болести органа за дисање	☐	не	☐	да
Упала мокраћног система	☐	не	☐	да
Остала обољења бубрега	☐	не	☐	да
Епилепсија	☐	не	☐	да
Сметње у менталном здрављу	☐	не	☐	да
Неуролошке сметње	☐	не	☐	да
Алергије	☐	не	☐	да
Склоност крварењу	☐	не	☐	да
Склоност тромбози	☐	не	☐	да
Хепатитис:	☐	не	☐	да
HIV	☐	не	☐	да
Стално и често узимање лијекова	☐	не	☐	да
Операције	☐	не	☐	да
Пушење	☐	не	☐	да
Урођене аномалије гениталних органа	☐	не	☐	да
Упала роднице и цервикса	☐	не	☐	да
Остале болести (ТБС, полне болести, остало)	☐	не	☐	да
Навести остало:				

Контрацепција: ☐ не – ☐ да
Ако је одговор да, навести каква:

Гинеколошке операције:..... ☐ не – ☐ да
Навести остало:

Менарха: _____ год. Циклус: _____

Папаниколау:

4

РЕПРОДУКТИВНА АНАМНЕЗА МАЈКЕ

Трудноћа по реду	Исход трудноће	Датум	Трајање трудноће (недеља)	Пол м/ж	Порођајна тежина (g) Порођајна дужина (cm)	Начин порођаја
1.	Ж – М – Аa – As	_____	_____	_____	_____	_____
2.	Ж – М – Аa – As	_____	_____	_____	_____	_____
3.	Ж – М – Аa – As	_____	_____	_____	_____	_____
4.	Ж – М – Аa – As	_____	_____	_____	_____	_____
5.	Ж – М – Аa – As	_____	_____	_____	_____	_____
6.	Ж – М – Аa – As	_____	_____	_____	_____	_____
7.	Ж – М – Аa – As	_____	_____	_____	_____	_____

Легенда: Ж- живорођено, М - мртворођено, Аа - *Abortus artificialis*, Аs - *Abortus spontaneus* (Заокружити одговарајуће)

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД ТРУДНИЦЕ

Општи налази: _____
(датум) (недјеља трудноће)

ВИСИНА МАЈКЕ: _____ cm

ТЕЖИНА МАЈКЕ (прије трудноће): _____ kg

Датум	Недеља трудноће (амениореја)	Висина Фундуса FS (cm)	KЧC	TA	Урин (албумини, глукоза)	Едеми (нема, претиб., генерал.)	Тежина (прираст kg)
-------	------------------------------------	---------------------------------	-----	----	--------------------------------	--	---------------------------

Компликације – дијагноза: _____

УЗВ ПРЕГЛЕД

З.М.		Т.П.
Датум:	Гест. доб:	УЗВ гест. доб:

I ТРИМЕСТАР

CRL	BPD	NT	KЧС	УЗВ гест. доб:
Носна кост:		присутна (+) одсутна (-) недефинисано		
Близнача трудноћа:		Број фетуса:		
Постељица:				
Пупчаник (број крвних судова):				

ТРУДНИЧКЕ КОНТРОЛЕ

Датум:	Гест. доб:		УЗВ гест. доб:		EFW
BPD	HC	OFD	AC	FL	
KЧС	Покрети	AFI	CL	Потпис	

Датум:	Гест. доб:	УЗВ гест. доб:	EFW	
BPD	HC	OFD	AC	FL
KЧC	Покрети	AFI	CL	Потпис

Датум:	Гест. доб:	УЗВ гест. доб:	EFW	
BPD	HC	OFD	AC	FL
KЧС	Покрети	AFI	CL	Потпис

Постельица: _____

Допунске примједбе: _____

Потпис надлежног доктора медицине и печат здравствене установе: