

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

POJEDINAČNA PRIJAVA ZARAZNE BOLESTI

Prijava ☐ Oboljenja ☐ Sumnje ☐ Smrti ☐

PODACI O BOLESNIKU:

- _____ (prezime, ime jednog roditelja i ime)
 - JMBG

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
 - Dan, mjesec i godina rođenja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
 - POL: muški 1 ženski 2

--
 - Adresa stalnog boravka, telefon i opština _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
 - Zanimanje - posao koji obavlja (detaljno) _____

 - Gdje je zaposlen _____
 (za djecu: škola - razred i odjeljenje – dječija ustanova)
- Mjesto _____ Ul. _____ broj _____

PODACI O BOLESTI:

- Oboljenje (latinski) _____
 Uzročnik (latinski) _____
 Šifra (MKB)

--	--	--	--	--	--
- Datum obolijevanja (dan, mjesec, godina)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Datum smrti (dan, mjesec, godina)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Bolest utvrđena: klinički DA – 1 NE – 2

--

 laboratorijski DA – 1 NE – 2

--
- Klasifikacija slučaja: moguć 1 vjerovatan 2 potvrđen 3

--
- Upućen u bolnicu DA – 1 NE – 2

--

 Datum hospitalizacije

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Materijal uzet za lab. analizu DA – 1 NE – 2

--
- Vakcinisan protiv ove bolesti

--

 15.a DA - potpuno 1
 15.b NE - nevakcinisan 2
 15.c DA – nepotpuno 3

15. Datum poslednje vakcinacije - revakcinacije

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

U _____

MP

Potpis i faksimil doktora medicine

Datum podnošenja prijave _____

Lista šifara međunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti (MKB) za šifriranje zaraznih bolesti obaveznih za prijavljivanje

A 00 Cholera A 00.0 Cholera classica A 00.1 Cholera El Tor A 00.9 Cholera, non specificata A 01 Febris typhica et febris paratyphica A 01.0 Typhus abdominalis A 01.1 Paratyphus A A 01.2 Paratyphus B A 01.3 Paratyphus C A 01.4 Paratyphus, non specificatus A 02 Salmonellos aliae A 02.0 Enteritis salmonellosa A 02.1 Salmonellosis septica A 02.2 Infectio per salmonellam localisata A 02.9 Infectio per salmonellam, non specificata A 03 Shigelloses A 03.0 Dysenteria bacillaris per Sh. Dysenteriae A 03.1 Dysenteria bacillaris per Sh. Flexneri A 03.2 Dysenteria bacillaris per Sh. Boydi A 03.3 Dysenteria bacillaris per Sh. Sonnei A 03.9 Shigellosis, non specificata A 04 Infectiones intestinales bacteriales aliae A 04.0 Infection intestinalis per E. coli enteropathogenem A 04.1 Infection intestinalis per E. coli enterotoxigenem A 04.2 Infection intestinalis per E. coli enteroinvasivam A 04.3 Infection intestinalis per E. coli enterohaemorrhagic. A 04.4 Infection intestinalis per E. coli A 04.5 Enteritis campylobacterialis A 04.6 Enteritis yersiniosa enterocolitica A 04.7 Enterocolitis per Clostridium difficile A 04.9 Infectio intestinalis bacterialis, non specificata A 05 Intoxicaciones alimentariae bacteriales aliae A 05.0 Intoxicacion alimentaria staphylococcica A 05.1 Botulismus A 05.2 Intoxicatio alimentaria per Clostridium perfringentem A 05.3 Intoxicatio per Vibriomem parahaemolyticam A 05.4 Intoxicatio alimentaria per Bacillum cereum A 05.8 Intoxicaciones alimentariae bacteriales aliae,specificatae A 05.9 Intoxicatio alimentaria bacterialis, non specificata A 06 Amoebiasis A 06.9 Amoebiasis, non specificata A 07.1 Lambliasis A 07.2 Cryptosporidiasis A 08.0 Enteritis rotaviralis A 09 Diarrhoea et gastroenteritis, causa infectionis suspecta A 15 - A 19 Tuberculosis A 15.0-A 15.9 Tuberculosis organorum respiratoriorum, per bacteriologiam et histologiam confirmata A 16.0-A 16.9 Tuberculosis organorum respiratoriorum, per bacteriologiam et histologiam non confirmata A 17.0-A 17.9 Tuberculosis systematis nervosi A 18.0-A 18.9 Tuberculosis organorum aliorum A 19.0-A 19.9 Tuberculosis miliaris A 20 Pestis A 20.9 Pestis, non specificata A 21 Tularaemia A 21.9 Tularaemia, non specificata	A 22 Anthrax A 22.0 Anthrax cutaneus A 22.1 Anthrax pulmonalis A 22.2 Anthrax gastrointestinalis A 22.9 Anthrax non specificatus A 23 Brucellosis A 23.9 Brucellosis, non specificata A 27 Leptospirosis A 27.9 Leptospirosis, non specificata A 32 Listeriosis A 32.9 Listeriosis, non specificata A 33 – A 35 Tetanus A 33 Tetanus neonati A 34 Tetanus puerperalis A 35 Tetanus alius A 36 Diphtheria A 37 Pertussis A 37.9 Pertussis, non specificata A 38 Scarlatina A 39 Infectio meningococcica A 39.0 Meningitis meningococcica A 39.1 Syndrom Waterhouse-Friderichsen A 39.2 Sepsis meningococcica acuta A 39.9 Infectio meningococcica, non specificata A 40 – A 41 Septicaemia A 40.9 Septicaemia streptococcica A 40.8 Septicaemia alia, specificata A 48.1 Legionellosis A 50 – A 53 Syphilis A 50.9 Syphilis congenita, non specificata A 51.9 Syphilis recens, non specificata A 52.9 Syphilis tarda, non specificata A 53.9 Syphilis alia et non specificata A 54 Infectio gonococcica A 54.9 Infectio gonococcica, non specificata A 56 Infectiones sexuales chlamydiales A 56.8 Infection chlamydialis modo sexuali transmissa A 69.2 Morbus Lyme A 70 Ornithosis, psittacosis A 75 Typhus exanthematosus per Rickettsiam prowazeki A 75.1 Morbus Brill A 78 Ferbis Q A 80 Poliomyelitis anterior acuta A 80.0 Poliomyelitis paralitica acuta, postvaccinalis A 80.1 Poliomyelitis paralitica acuta, virus importatum A 80.2 Poliomyelitis paralitica acuta,virus autochtonum A 80.9 Poliomyelitis acuta, non specificata A 81.0 Morbus Creutzfeldt – Jakob A 82 Rabies A 82.9 Rabies, non specificata A 84 Encephalitis viralis ixodibus A 84.9 Encephalitis viralis ixodibus transmissa, non specificata A 85 Encephalitis viralis aliae A 87.0 Meningitis enteroviralis	A 90 Febris Dengue A 91 Febris dengue haemorrhagica A 92.0 Morbus viralis Chikungunya A 92.3 Febris West Nile A 92.4 Febris Rift Valley A 93.1 Papatači groznica - Febris sant dfly A 94 Febris viralis arthropodis transmissa, non specificata (ZIKA) A 95.9 Febris flava, non specificata A 96.2 Febris lassa A 98.0 Febris haemorrhagica Crim - Congo A 98.3 Marbus viralis Marburg A 98.4 Morbus viralis Ebola A 98.5 Febris haemorrhagica cum syndroma renali B 01 Varicella B 01.8 Varicella cum complicationibus aliis B 01.9 Varicella sine complicationibus B 05 Morbilli B 05.8 Morbilli cum complicationibus alii B 05.9 Morbilli sine complicationibus B 06 Rubella B 06.8 Rubella cum complicationibus B 06.9 Rubella sine complicationibus P 35.0 Syndroma rubellae congenitae B 15 Hepatitis acuta A B 15.9 Hepatitis A sine comate hepatico B 16 Hepatitis acuta B B 16.1 Hepatitis acuta B cum delta agente B 16.9 Hepatitis acuta B sine delta agente B 17.1 Hepatitis acuta C B 17.2 Hepatitis acuta E B 18 Hepatitis viralis chronica B,C B 18 Hepatitis viralis chronica B cum delta agente B 18.1 Hepatitis viralis chronica B sine delta agente B 18.2 Hepatitis viralis chronica C B 19 Hepatitis viralis, non specificata B 19.9 Hepatitis viralis, non specificata B 20 – B 24 Morbus HIV B 20 Morbus HIV-morbus deficientiae immunitatis acquisitae cum morbis infectivis et parasitariis adjunctis B 21 Morbus HIV cum neoplasmatismis malignis adjunctis B 22 Morbus HIV cum morbis aliis specificatis adjunctis B 23 Morbus HIV cum statibus adjunctis aliis B 24 Morbus HIV, non specificatus B 26 Parotitis B 26.0 Orchitis parotitica B 26.1 Meningitis parotitica B 26.2 Encephalitis parotitica B 26.3 Pancreatitis parotitica B 26.9 Parotitis epidemica sine complicatione B 27 Mononucleosis infectiva B 27.9 Mononucleosis infectiva, non specificata B 34.2 Infectio Coronaviralis (MERS-CoV) B 50 – B 54 Malaria B 50.9 Malaria tropica B.51.9 Malaria tertiana B 52.9 Malaria quartana	B 53.0 Malaria ovale B 54 Malaria, non specificata B 55 Leishmaniasis B 55.0 Leishmaniasis visceralis B 55.1 Leishmaniasis cutanea B 55.9 Leishmaniasis, non specificata B 58 Toxoplasmosis B 58.9 Toxoplasmosis, non specificata B 67 Echinococcosis B 67.0 Echinococcosis hepatis B 67.1 Echinococcosis pulmonis B 67.9 Echinococcosis alia non specificata B 75 Trichinellosis B 77 Ascariasis B 80 Enterobiasis B 86 Scabies B 96.3 Epiglottitis (Haemophilus influenzae ut causa morborum) B 97.7 Papiloma virusi kao uzročnik bolesti G 00 Meningitis bacterialis G 00.0 Meningitis haemophilosa G 00.1 Meningitis pneumococcica G 00.2 Meningitis streptococcica G 00.3 Meningitis staphylococcica G 00.9 Meningitis bacterialis, non specificata G 83.9 Syndroma paralytica, non specificata (AFP) J 02.0, J 03.0 Pharyngitis et tonsillitis streptococcica J 02.0 Pharyngitis streptococcica J 03.0 Tonsillitis streptococcica J 10 - J 11 Influenza J 10 Influenza, virus identificatum J 11 Influenza, virus non identificatum * grip izazvan virusom avijarne influence J 12, J 13, J 14, J 15, J 84 Pneumonia viralis et bacterialis J 12 Pneumonia viralis J 13 Pneumonia pneumococcica J 14 Pneumonia per Haemophilum influenzae J 15 Pneumonia bacterialis J 84 Pneumoniae interstitiales aliae Kliconoštvo Z 22.0 izlučivanje uzročnika trbušnog tifusa i paratifusa Z 22.1 izlučivanje uzročnika drugih salmoneloza, šigeloza, jersinioza, kampilobakterioza Z 22.5 nosilaštvo antigena virusnog hpatitisa B - HBsAg Z 22.9 nosilaštvo antitijela na virusni hepatitis C - anti HCV Z 21 nosilaštvo antitijela na HIV, anti-HIV Z 22.8 nosilaštvo parazita uzročnika malarije U 04 Teški akutni respiratorni sindrom SARS
---	---	--	--

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

POJEDINAČNA PRIJAVA OBOLJEVANJA, ODNOSNO SMRTI OD VIRUSNOG HEPATITISA B ILI VIRUSNOG HEPATITISA C

PRIJAVA **Oboljenja** ☐ **Smrti** ☐ **ili** **DOPUNA PRIJAVE** ☐

PODACI O PACIJENTU

Prezime, ime jednog roditelja i ime: _____

JMBG Datum rođenja Pol M ☐ Ž ☐

Mjesto rođenja _____ Državljanstvo (za strance) _____

Adresa stanovanja _____ Mjesto _____

Zanimanje _____ Posao koji obavlja _____

Trudnica ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato broj nedjelja trudnoće _____

KLINIČKI PODACI

Klinički stadijum HBV ili HCV infekcije: _____
 1-akutna infekcija, 2-hronična infekcija, 9-nepoznato

1. Akutna HBV ili HCV infekcija

prisutna žutica: ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato

ukoliko su simptomi prisutni, datum početka prvih simptoma:

datum dijagnostikovanja

2. Hronična HBV ili HCV infekcija

datum dijagnostikovanja

prethodno dijagnostikovana akutna infekcija ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato

komplikacije: ciroza ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato

hepatocelularni karcinom ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato

HBV infekcija sa delta agensom ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato

Da li je pacijent hospitalizovan ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato

datum hospitalizacije

Antivirusna terapija uvedena: ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato

naziv lijeka _____

PODACI O LABORATORIJSKIM NALAZIMA

Laboratorijski nalazi za HEPATITIS B

- **HBs Ag** – površinski antigen virusa hepatitis B

☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nepoznato

- **HBe Ag** – e antigen virusa hepatitis B

☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nepoznato

- **anti-HBc At** – antitijela na antigen jezgra

☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nepoznato

- **anti-HBc At klase IgM** – antitijela klase IgM na antigen jezgra HBV

☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nepoznato

- **anti-HBs At** – antitijela na površinski antigen HBV

☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nepoznato

- **PCR HBV DNK** – nukleinska kisjelina virusa hepatitis B

☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nepoznato

- **Serumski ALT** > 200

☐ da ☐ ne ☐ nepoznato

Laboratorijski nalazi za HEPATITIS C

- | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| - Anti-HCV antitijela | ☐ pozitivan | ☐ negativan | ☐ nepoznato |
| - Potvrđni Imunoblot HCV test | ☐ pozitivan | ☐ negativan | ☐ nepoznato |
| - HCV-core Ag – antigen jezgra virusa hepatitis C | ☐ pozitivan | ☐ negativan | ☐ nepoznato |
| - PCR HCV RNK – nukleinska kisjelina virusnog hepatitis C | ☐ pozitivan | ☐ negativan | ☐ nepoznato |
| - Serumski ALT > 200 | ☐ da | ☐ ne | ☐ nepoznato |

FAKTORI RIZIKA ZA INFEKCIJU

- Kontakt sa potvrđenim slučajem HBV ili HCV infekcije ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato
- Ako je da: ☐ seksualni kontakt
☐ kontakt sa krvlju preko kože i sluzokože
☐ profesionalna izloženost
- Prenos sa majke na dijete ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato
- Primalac krvi i krvnih derivata ili tkiva i organa ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato
- Osoba na hemodijalizi ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato
- Korišćenje droga injektiranjem ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato

VAKCINALNI STATUS ZA HEPATITIS B

- ☐ Potpuno vakcinisan Datum poslednje vakcinacije/revakcinacije
- ☐ Nepotpuno vakcinisan
- ☐ Nevakcinisan
- ☐ Nepoznato

UDRUŽENA HIV INFEKCIJA

- Pacijent testiran na HIV ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato Datum testiranja
- Vrsta testa: ☐ ELISA ☐ Western Blot ☐ rapid HIV test ☐ PCR HIV RNK
- Rezultat testa: ☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nepoznato

PODACI O SMRTI

- Datum smrti: ili nepoznat datum ☐
- Osnovni uzrok smrti: _____ dijagnoza MKB-10

U _____
Datum podnošenja prijave

MP

Potpis i faksimil dr medicine

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

**PRIJAVA LABORATORIJSKI UTVRĐENOG UZROČNIKA
ZARAZNE BOLESTI**

Podaci o bolesniku / pacijentu

Prezime, ime jednog roditelja i ime _____

JMBG

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

Dan, mjesec i godina rođenja

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

Pol: M - 1 Ž - 2

Mjesto stanovanja, ulica i broj _____

Telefon: _____

Zanimanje/zaposlen u _____

Razlog uzimanja i slanja materijala: _____
 (dijagnoza/simptomi)

Ko šalje materijal: _____
 (zdravstvena ustanova / drugi subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost / fizičko lice-lično)

 (dr medicine – ime i prezime)

Datum prijema materijala u laboratoriju (uzorkovanja u laboratoriji):

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

Vrsta uzorka: _____
 (navesti)

Laboratorijski metod: _____

Rezultat (datum izolacije, vrsta uzročnika – latinski naziv) _____

U _____
 Datum podnošenja prijave

MP _____
 Potpis i faksimil
 dr medicine – mikrobiologa

MP _____
 Potpis i faksimil
 dr medicine – transfuziologa

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

**POJEDINAČNA PRIJAVA OBOLJENJA, ODNOSNO SMRTI OD MALARIJE,
 KAO I NOSILAŠTVO PARAZITA - UZROČNIKA MALARIJE**

Prezime, ime jednog roditelja i ime _____

Godina rođenja _____ JMBG Pol: M Ž

Mjesto stanovanja _____ Država _____

Adresa _____ Telefon _____

Zanimanje _____ radna organizacija _____

Zemlje u kojima je boravio: _____ vrijeme boravka: od _____ do _____
 _____ od _____ do _____
 _____ od _____ do _____

Zemlja iz koje je došao _____

Datum dolaska u RCG _____ Datum obolijevanja _____

Anamneza malarije _____

Oboljenje (latinski) _____ šifra

Razlog boravka u malaričnom području

- 1) privremen rad
- 2) posjeta zemlji svog porijekla
- 3) član posade (broda, aviona, vojna služba), humanitarni radnici
- 4) službeno ili turističko putovanje
- 5) ostalo _____

Hemioprofilaksa protiv malarije primijenjena:	prije odlaska	DA	NE
	za vrijeme boravka	DA	NE
	po povratku u zemlju	DA	NE

U slučaju potvrdnog odgovora:

Naziv lijeka i vremenski period uzimanja _____	učestalost davanja _____	1) redovno 2) neredovno
Naziv lijeka i vremenski period uzimanja _____	učestalost davanja _____	1) redovno 2) neredovno
Naziv lijeka i vremenski period uzimanja _____	učestalost davanja _____	1) redovno 2) neredovno
Naziv lijeka i vremenski period uzimanja _____	učestalost davanja _____	1) redovno 2) neredovno
Naziv lijeka i vremenski period uzimanja _____	učestalost davanja _____	1) redovno 2) neredovno

Način postavljanja dijagnoze: 1) gusta kap, razmaz; 2) serološki; 3) klinički;

4) Vrsta parazita: 1) *P. falciparum* 2) *P. vivax* 3) *P. malariae* 4) *P. ovale* 5) miješana infekcija

Vrijeme, dužina hospitalizacije i način liječenja: _____

Ishod slučaja: 1) oporavljen 2) parazitonoša 3) umro 4) nepoznat

Primjedba: _____

U _____
 Datum podnošenja prijave

MP

Potpis i faksimil
 doktora medicine

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

**PRIJAVA NOSILAŠTVA ANTITIJELE NA HIV, OBOLJENJA/ SMRTI OD HIV BOLESTI
 (za lica sa 15 i više godina)**

Nosilaštva ☐ Oboljenja ☐ Smrti ☐ ili DOPUNA PRIJAVE ☐

PODACI O PACIJENTU

Prezime, ime jednog roditelja i ime: _____
 JMBG Datum rođenja Pol M ☐ Ž ☐
 Mjesto rođenja _____ Državljanstvo (za strance) _____
 Adresa stanovanja _____ Mjesto _____
 Zanimanje _____ Posao koji obavlja _____
 Zemlja boravka u vrijeme otkrivanja infekcije/bolesti _____

LABORATORIJSKI I KLINIČKI PODACI

Datum postavljanja laboratorijske dijagnoze HIV infekcije :
 tip virusa ☐ HIV 1 ☐ HIV 2
 Datum posljednjeg anti-HIV negativnog testa:
 Vrsta testa kojim je utvrđena HIV pozitivnost: a) ELISA b) Imunofluorescentni c) Drugo _____
 Vrsta testa kojim je potvrđena HIV pozitivnost: a) Western Blot b) PCR c) Drugo _____
 Datum prvog CD4 testa Broj CD4 limfocita prilikom prvog pozitivnog testa _____
 Datum prvog PCR HIV RNK testa Vrijednost PCR testa (br kopija/ml) _____

Klinički stadijum HIV infekcije: ☐ akutna infekcija (navesti način dijagnostikovanja _____)
☐ asimptomatska HIV infekcija
☐ simptomatska HIV infekcija, non- AIDS
☐ stadijum AIDS

Datum utvrđivanja kliničke dijagnoze AIDS

Dijagnostikovane AIDS indikativne bolesti*:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Kombinovana ARV terapija: nije uvedena ☐ uvedena ☐ datum uvođenja ART

- vremenski period od prvog pozitivnog testa do početka primanja antiretrovirusne terapije _____

Pacijent hospitalizovan: ☐ ne ☐ da datum hospitalizacije

Da li je pacijent umro? ☐ ne ☐ da **datum smrti:**

Uzrok smrti: ☐ AIDS ☐ osnovna bolest (navesti) _____
☐ drugo (navesti) _____

- vremenski period od prvog pozitivnog testa na HIV do momenta smrti _____

PODACI O NAČINU TRANSMISIJE

Način prenošenja HIV-a:

- ☐ upotreba droga injektiranjem
☐ primanje faktora koagulacije (hemofilija)
☐ primaoci krvi/krvnih derivata, datum ☐ transplantata, datum
☐ seks muškarca sa muškarcem (homo ili biseksualna osoba)
☐ heteroseksualni kontakt sa: ☐ injektirajućim korisnikom droga ☐ biseksualnim muškarcem (samo za žene)
☐ partnerom iz zemlje sa generalizovanom HIV epidemijom
☐ ostalo (navesti) _____
☐ nije poznato
☐ drugo (navesti) _____
☐ neutvrđen

PODACI O DRUGIM INFEKCIJAMA

- | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Akutni virusni hepatitis B (IgM anti-HBc) | ☐ da | ☐ ne | ☐ nepoznato |
| HBsAg test | ☐ pozitivan | ☐ negativan | ☐ nije testiran/nepoznato |
| Anti-HCV At test | ☐ pozitivan | ☐ negativan | ☐ nije testiran/nepoznato |
| PCR HCV RNK test | ☐ pozitivan | ☐ negativan | ☐ nije testiran/nepoznato |
| Sifilis test | ☐ pozitivan | ☐ negativan | ☐ nije testiran/nepoznato |
| Genitalna hlamidijaza test | ☐ pozitivan | ☐ negativan | ☐ nije testiran/nepoznato |
| Tuberkuloza (latentna) test | ☐ pozitivan | ☐ negativan | ☐ nije testiran/nepoznato |

OSTALI PODACI (samo za osobe ženskog pola)

- Trudnica ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato Broj nedjelja trudnoće _____
Da li pacijentkinja ima živorođeno dijete/djecu ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato
Broj trudnoća _____ Broj porođaja _____ Datum posljednjeg porođaja

U _____
Datum podnošenja prijave

MP

Potpis i faksimil dr medicine

*Bolesti indikativne za AIDS, prema Evropskoj definiciji AIDS

A. OPORTUNISTIČKE INFEKCIJE

- 1 Bakterijske infekcije, multiple ili rekurentne kod djece ispod 13 godina života
- 2 Kandidijaza traheje, bronha ili pluća
- 3 Kandidijaza jednjaka
- 4 Kokcidioidomikoza, diseminovana ili ekstrapulmonalna
- 5 Kriptokokoza, ekstrapulmonalna
- 6 Kriptosporidijaza (> 1 mjesec trajanja), intestinalna sa dijarejom
- 7 Citomegalovirusno oboljenje bilo kog organa (osim jetre, slezine i limfnih žlijezda) kod pacijenata starijih od mjesec dana
- 8 Citomegalovirusni retinitis (sa gubitkom vida)
- 9 Herpes simpleks: hronični ulcer(acije) (> 1mjesec trajanja) ili bronhitis, pneumonija, ili ezofagitis kod pacijenata starijih od mjesec dana
- 10 Histoplazmoza, diseminovana ili ekstrapulmonalna
- 11 Izosporijaza (> 1 mjesec trajanja), intestinalna sa dijarejom
- 12 Mycobacterium avium complex ili M. kansasii, diseminovana ili ekstrapulmonalna
- 13 Mycobacterium tuberculosis, pulmonalna kod starijih od 13 godina
- 14 Mycobacterium tuberculosis, ekstrapulmonalna
- 15 Mycobacterium, druge ili neodređene vrste, ekstrapulmonalna ili diseminovana
- 16 Pneumocystis carinii pneumonija
- 17 Pneumonija, rekurentna, bakterijska kod starijih od 13 godina
- 18 Progresivna multifokalna leukoencefalopatija (PLM)
- 19 Salmonelozna sepsa (isključujući S. typhi), rekurentna
- 20 Toksoplazmoza mozga kod pacijenata starijih od mjesec dana

B. OSTALE BOLESTI

- 21 Cervikalni karcinom, invazivni kod starijih od 13 godina
- 22 HIV encefalopatija («AIDS dementia complex» - ADC)
- 23 Kapošijev sarkom
- 24 Limfoidna intersticijalna pneumonija (LIP) kod djece mlađe od 13 godina
- 25 Limfom Burkittov (ili ekvivalent)
- 26 Imunoblastni limfom (ili ekvivalent)
- 27 Limfom mozga, primarni
- 28 HIV kahektični sindrom

C. INDIKATORI BOLESTI SA NEKOMPLETNOM INFORMACIJOM (koristiti samo ako nijesu dostupne detaljnije informacije)

- 30 Oportunistička infekcija, neodređena
- 31 Limfom, neodređen

(podnositelj prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

**PRIJAVA NOSILAŠTVA ANTITIJELA NA HIV, OBOLJENJA/ SMRTI OD HIV BOLESTI
 (za djecu mlađu od 15 godina)**

Nosilaštva ☐ Oboljenja ☐ Smrti ☐ ili DOPUNA PRIJAVE ☐

A. PODACI O PACIJENTU

Prezime, ime jednog roditelja i ime: _____
 JMBG Datum rođenja Pol M ☐ Ž ☐
 Mjesto rođenja _____ Državljanstvo (za strance) _____
 Adresa stanovanja _____ Mjesto _____
 Zemlja boravka u vrijeme otkrivanja infekcije/bolesti _____
 Gdje se školuje _____

B. LABORATORIJSKI I KLINIČKI PODACI

Datum postavljanja laboratorijske dijagnoze HIV infekcije :
 tip virusa ☐ HIV 1 ☐ HIV 2
 Vrsta testa kojim je potvrđena HIV pozitivnost (za djecu iznad 18 mjeseci):
 a) Western Blot b) PCR c) Drugo _____
 Datum prvog CD4 testa Broj CD4 limfocita prilikom prvog pozitivnog testa _____
 Datum prvog PCR HIV RNK testa Vrijednost PCR testa (br kopija/ml) _____
Klinički stadijum HIV infekcije: ☐ akutna infekcija (navesti način dijagnostikovanja _____)
☐ asimptomatska HIV infekcija
☐ simptomatska HIV infekcija, non- AIDS
☐ stadijum AIDS
 Datum utvrđivanja kliničke dijagnoze AIDS
 Dijagnostikovane AIDS indikativne bolesti*:
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Kombinovana ARV terapija: nije uvedena ☐ uvedena ☐ datum uvođenja ART
 - vremenski period od prvog pozitivnog testa do početka primanja antiretrovirusne terapije _____
 Pacijent hospitalizovan: ☐ ne ☐ da datum hospitalizacije
 Da li je pacijent umro? ☐ ne ☐ da **datum smrti:**
 Uzrok smrti: ☐ AIDS ☐ osnovna bolest (navesti) _____
☐ drugo (navesti) _____
 - vremenski period od prvog pozitivnog testa na HIV do momenta smrti _____

C. PODACI O MAJCI

Prezime, ime jednog roditelja, ime: _____

JMBG HIV status majke: ☐ HIV+ prije trudnoće ☐ dijagnoza HIV+ tokom trudnoće ☐ nepoznato

Kategorija majke u odnosu na način prenosa HIV-a:

☐ upotreba droga injektiranjem☐ primanje faktora koagulacije (hemofilija)☐ primanje krvi/krvnih derivata, datum ☐ transplantata, datum ☐ heteroseksualni kontakt sa: ☐ injektirajućim korisnikom droga ☐ biseksualnim muškarcem (samo za žene)☐ partnerom iz zemlje sa generalizovanom HIV epidemijom☐ ostalo (navesti) _____☐ nije poznato☐ drugo (navesti) _____☐ neutvrđenDa li je majka dobijala ARV lijekove prije trudnoće ☐ da ☐ ne ☐ nepoznatoDa li je majka dobijala ARV lijekove tokom trudnoće ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato

Da li je dijete dobijalo:

ARV lijekove kao profilaksu HIV infekcije ☐ da ☐ ne ☐ nepoznato datum početka **D. PODACI O DRUGIM INFEKCIJAMA**Akutni virusni hepatitis B (IgM anti-HBc) ☐ da ☐ ne ☐ nepoznatoHBsAg test ☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nije testiran/nepoznatoAnti-HCV At test ☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nije testiran/nepoznatoPCR HCV RNK test ☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nije testiran/nepoznatoSifilis test ☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nije testiran/nepoznatoTuberkuloza (latentna) test ☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nije testiran/nepoznatoU _____
Datum podnošenja prijave _____

MP

Potpis i faksimil dr medicine

*Bolesti indikativne za AIDS kod djece, prema Evropskoj definiciji AIDS

A. Indikatorske bolesti nezavisne od laboratorijskog dokaza HIV infekcije (ako se isključe drugi mogući uzroci imunodeficijencije)

- Kandidijaza jednjaka, bronha, traheje ili pluća
- Kriptokokoza, ekstrapulmonalna
- Kriptosporidijaza – hronična crijevna (trajanja >1 mjesec)
- Citomegalovirusno oboljenje bilo kog organa (osim jetre, slezine i limfnih žlijezda) kod pacijenata starijih od mjesec dana
- Herpes simpleks - hronični ulcer(acije) (> 1mjesec trajanja) ili bronhitis, pneumonija, ili ezofagitis kod pacijenata starijih od mjesec dana
- Kapošijev sarkom
- Limfom mozga
- Limfoidna intersticijalna pneumonija (LIP) kod djece mlađe od 13 godina
- Mycobacterium avium complex ili M. kansasii, diseminovana, zahvata druge organe osim pluća, kože, cervikalne ili hilarne limfne čvorove
- Pneumocystis carinii pneumonija
- Progresivna multifokalna leukoencefalopatija (PLM)
- Toksoplazmoza mozga kod pacijenata starijih od mjesec dana

B. Indikatorske bolesti uz laboratorijski dokaz HIV infekcije

- Bakterijske infekcije, multiple ili rekurentne kod djece ispod 13 godina života
 - Kokcidiodomikoza, diseminovana ili ekstrapulmonalna
 - HIV encefalopatija
 - Histoplazmoza, diseminovana ili ekstrapulmonalna
 - Izosporodioza (> 1 mjesec trajanja), intestinalna sa dijarejom
 - Limfom malih ćelija (Burkitt) ili imunoblastičan ili limfom velikih ćelija B-limfocita ili nepoznatog imunološkog fenotipa
 - Bolest uzrokovana mikobakterijama koje nijesu M. tuberculosis, diseminovana, zahvata druge organe osim pluća, kože, cervikalne ili hilarne limfne čvorove
 - Mycobacterium tuberculosis, diseminovana ili pulmonalna
 - Rekurentna salmonella sepsa koja nije uzrokovana sa S. typhi ili sindrom propadanja uzrokovan HIV-om
-

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

PRIJAVA LABORATORIJSKI POTVRĐENOG SLUČAJA OBOLJENJA IZAZVANOG VIRUSOM GRIPA

Ime i prezime ljekara	
Zdravstvena ustanova	
Kontakt telefon	
Datum prijavljivanja	

1. Podaci o slučaju

Nacionalni EPID broj			
Ime i prezime pacijenta		Datum rođenja	
Matični broj			
Adresa prebivališta			
Ustanova u kojoj je osoba zaposlena			
Radno mjesto/Zanimanje			
Pol	Muški	Ženski	

2. Simptomi

Datum početka bolesti _____

Datum prvog javljanja zdravstvenom sistemu _____

Datum laboratorijske potvrde slučaja _____

Laboratorijski potvrđen virus gripa /navesti koji/navesti dg. tehniku _____

Simptomi u bilo kom periodu tokom trajanja infekcije	Označiti ukoliko je prisutno sa X	Komentar, ukoliko postoji
Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$		
Podatak o temeperaturi (nije mjerena)		
Gušobolja		
Curenje nosa		
Kijanje		
Kašalj		
Otežano disanje		
Konjunktivitis		
Dijarea		
Mučnina		
Povraćanje		

Glavobolja		
Konvulzije		
Promjena stanja svijesti		
Bol u mišićima		
Bol u zglobovima		
Krvarenje iz nosa		
Drugi simptomi/opisati		

3. *Drugi anamnestički podaci*

Da li je pacijent primio vakcinu protiv sezonskog gripa tokom ove sezone?

Da Ne Komentar

Da li je pacijent primio vakcinu protiv pneumokoka?

Da Ne Komentar

Da li je uzimao antivirusnu profilaksu unutar 14 dana pre početka bolesti?

Da Ne Komentar

Ako je odgovor da, koju (zaokružiti)?

Oseltamivir

Zanamivir

Amantadin

Rimantadin

Drugo, navesti

***Da li je pacijent imao neko od sledećih oboljenja/stanja pre pojave bolesti (zaokružiti)?*

Hronično respiratorno oboljenje

Astma

Dijabetes

Hronično oboljenje srca

Hronično oboljenje bubrega

Hronično oboljenje jetre

Hronično neurološko oboljenje

Imunokompromitovane osobe

Gojaznost

Tuberkuloza

Trudnoća

► prvi trimestar

► drugi trimestar

► treći trimestar

► nepoznata gestacijska starost

Drugo _____

4. *Pneumonija, druge komplikacije*

Da li pacijent ima kliničke znake pneumonije?

Da Ne Nepoznato

Da li je urađen RTG pluća?

Da Ne Nepoznato

Ukoliko je odgovor ne ili nepoznato, preći na odeljak 5.

Primarna virusna/influenca pneumonija dijagnostikovana?

Da Ne Nepoznato

Sekundarna bakterijska pneumonija dijagnostikovana? **Da Ne Nepoznato**

Da li je bilo drugih komplikacija (npr. ARDS, otkazivanje funkcija više organa, promene na CNS)?

Da Ne Nepoznato

Ukoliko su registrovane, opisati ih. _____

5. *Tretman*

Pacijent hospitalizovan tokom infekcije **Da Ne Nepoznato**

Ukoliko jeste, datum prve hospitalizacije _____

Da li je pacijent primljen u jedinicu za intenzivnu negu? **Da Ne Nepoznato**

Da li je pacijent zahtevao mehaničku ventilaciju? **Da Ne Nepoznato**

Da li je pacijent primao antibiotike? **Da Ne Nepoznato**

Da li je pacijent primao antivirusnu terapiju? **Da Ne Nepoznato**

Ukoliko je odgovor ne, pređite na odeljak 6.

Tretman	Označiti sa X	Datum otpočinjanja primjene	Trajanje u danima
Oseltamivir			
Zanamivir			
Armantadine			
Rimantadin			

Da li je registrovana neželjena reakcija nakon primjene? **Da Ne Nepoznato**

Ukoliko Da, da li je **Umerena Teška Životno ugrožavajuća**

Navedi i opisati vrstu neželjene reakcije _____

6. *Ishod*

Pacijent potpuno oporavljen **Da Ne Nepoznato**

Ukoliko Da, navesti dužinu trajanja bolesti u danima _____

Pacijent umro **Da Ne Nepoznato**

Ukoliko jeste, navesti datum smrtnog ishoda _____

Navedi uzrok smrtnog ishoda. _____

7. Druga zapažanja/komentari

Potpis ljekara

**** Oboljenja/stanja prije pojave bolesti:**

Hronično respiratorno oboljenje

- *Hronična opstruktivna bolest pluća (HOBP) uključujući hronični bronhitis i emfizem, bronhiektazije, cističnu fibrozu, intersticijalnu fibrozu pluća, pneumokonijozu i bronhopulmonarnu displaziju.*

Astma

- *Na primer, astma koja zahtijeva neprekidnu ili ponavljaju upotrebu bronhodilatatora, inhalacionu ili sistemsku terapiju kortikosteroidima ili ranija pogoršanja astmatičnog statusa koja su zahtijevala hospitalizaciju.*

Dijabetes

- *Tip 1 dijabetes*
- *Tip 2 dijabetesa koji zahtijeva insulinsku ili oralnu hipoglikemijsku terapiju*

Hronično oboljenje srca

- *Kongenitalno oboljenje srca*
- *Kardiomiopatija koja je posledica prolongirane hipertenzije (hipertenzija bez pridruženog oboljenja srca nije faktor rizika)*
- *Hronična slabost srca*
- *Osobe sa ishemijskim oboljenjem srca koje su na medikamentoznoj terapiji i/ili pod stalnim nadzorom ljekara*

Hronično oboljenje bubrega

- *Hronična bubrežna insuficijencija*
- *Nefrotični sindrom*
- *Osobe sa transplantiranim bubregom*

Hronično oboljenje jetre

- *Ciroza*
- *Bilijarna atrezija*
- *Hronični hepatitis*

Hronično neurološko oboljenje

- *Moždani udar ili tranzitorni ishemijski atak*
- *Neuromišićno oboljenje sa posledičnim oštećenjem respiratorne funkcije ili rizik od aspiracije kod cerebralne paralize ili mijastenije gravis*

Imunokompromitovane osobe (usled bolesti ili terapije)

- *Imunodeficijencija usled primene imunosupresivne terapije ili sistemske terapije kortikosteroidima*
- *Asplenija ili disfunkcija slezine (anemija srpastih ćelija)*
- *Infekcija virusom humane imunodeficijencije ili Stečeni sindrom imunodeficijencije*
- *Maligna oboljenja*

Gojaznost

- *BMI veći od 30 kg/m²*

Tuberkuloza

- *Podatak o prethodnom oboljenju ili prisutni simptomi tuberkuloze koji zahtevaju tretman.*

Trudnoća

- *Prvi trimestar*
- *Drugi trimestar*
- *Treći trimestar*
- *Trudnoća nepoznate gestacijske starosti*

Drugo (navesti): _____

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

Sentinel hospital SARI nadzor: Zbirni podaci - nedjelja, od _____ do _____							
ID broj sentinel mjesta, ime bolnice:							
Uzrasne grupe	0–1	1–4	5–14	15–29	30–64	≥ 65	Ukupno
Broj novih SARI slučajeva tokom nedjelje							
Broj novoprimljenih bolesnika u bolnici tokom nedjelje							
Broj SARI slučajeva laboratorijski testiranih na druge patogene osim influenza (RSV, Haemophilus influenza, Streptococcus pneumonia)							
Broj SARI slučajeva laboratorijski pozitivnih na virus influenza A / navesti koji tip, subtip							
Broj SARI slučajeva laboratorijski pozitivnih na virus influenza A							
Broj SARI slučajeva laboratorijski pozitivnih na virus influenza B							
Broj smrtnih slučajeva uslijed SARI infekcije tokom nedjelje							
Ime i prezime koordinatora za bolnički sentinel:							
Jedan popunjen primjerak čuvati u bolnici, drugi poslati nadležnoj HES i jedan primjerak Centru za kontrolu i prevenciju bolesti/jedinici za nadzor nad gripom u IJZ							

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

PRIJAVA EPIDEMIJE ZARAZNIH BOLESTI

Oboljenje koje se pojavilo u epidemijskoj formi:

Dijagnoza (latinski) _____

Šifra (MKB – važeća) ☐ ☐ ☐ ☐

Datum početka epidemije _____ Datum otkrivanja epidemije _____

Mjesto u kom se javila epidemija _____ Broj stanovnika _____

Zahvaćena grupacija (škola – razred i odjeljenje; dječija ustanova; kolektiv; porodica i dr) _____

(mjesto, ulica i broj)

Broj: eksponiranih _____ oboljelih _____ hospitalizovanih _____ umrlih _____ sumnjivih _____

Izvor zaraze: utvrđen - neutvrđen

Put prenošenja:

hrana : _____

voda za piće:	DA	NE	1. Objekat za javno snabdijevanje vodom	2. Individualni vodni objekat
kontakt :	DA	NE		
inokulacija:	DA	NE		
aerogeni:	DA	NE		
vektorski:	DA	NE		
neutvrđen:	DA	NE		

Uzročnik: u ispitivanju _____ nije dokazan _____
 dokazan _____ nije ispitivan _____

Klinički znaci _____

Preduzete mjere _____

Epidemiološka prognoza zasnovana na dosadašnjim ispitivanjima _____

Neophodna pomoć: (u kadrovima, opremi i sredstvima) _____

U _____
 Datum podnošenja prijave _____

MP

Potpis i faksimil
 doktora medicine - epidemiologa

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

ODJAVA EPIDEMIJE ZARAZNIH BOLESTI

Oboljenje koje se pojavilo u epidemijskoj formi:

Dijagnoza (latinski) _____

Šifra (MKB – važeća) ☐ ☐ ☐ ☐

Datum početka epidemije _____ Datum otkrivanja epidemije _____ Datum završetka epidemije _____

Mjesto u kom se javila epidemija _____ Broj stanovnika _____

Zahvaćena grupacija (škola – razred i odjeljenje; dječija ustanova; kolektiv; porodica i dr) _____

(mjesto, ulica i broj)

Broj: eksponiranih _____ oboljelih _____ hospitalizovanih _____ umrlih _____ sumnjivih _____

Izvor zaraze: **utvrđen** - **neutvrđen**

Put prenošenja:

hrana : _____

voda za piće: DA NE 1. Objekat za javno snabdijevanje vodom 2. Individualni vodni objekat

kontakt : DA NE

inokulacija: DA NE

aerogeni: DA NE

vektorski: DA NE

neutvrđen: DA NE

Uzročnik: latinski _____

Potvrda referens – laboratorije: DA - NE

Sprovedene mjere _____

Predložene mjere za trajno otklanjanje opasnosti _____

Oboljeli po polu i uzrastu:

Pol	UZRAST OBOLJELIH PO GODINAMA															Uku – pno
	<1	1	2	3	4	5	6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 +	
M																
Ž																
Uku- pno																

Drugi poznati podaci značajni za pojavu i širenje epidemije i o sprovedenim mjerama

U _____
Datum podnošenja prijave

MP

Potpis i faksimil
doktora medicine - epidemiologa

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

PRIJAVA O MOGUĆNOSTI INFEKCIJE VIRUSOM BJESNILA

Prezime, ime jednog roditelja i ime ozlijeđenog lica _____ godina rod. _____

Br.knižice _____ registar.Br _____ JMBG ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Zanimanje _____ Adresa i telefon _____

Datum ozljede _____ Mjesto /Opština gdje je nastalo ozljeđivanje _____

Lokalizacija ozljede _____ Broj ozljeda _____

Opis ozljede: laka ☐ teška ☐ kroz odijelo ☐ kontakt ☐ rana krvarila ☐

Ujed/ozljeda provociran/a: ☐ Okolnosti pod kojim je nastala ozljeda _____

Vrsta životinje koja je nanijela ozljedu : _____ *Grupa: A B C D

Stanje životinje: živa ☐ poznata ☐ vakcinisana ☐ nepoznata ☐ odlutala ☐ ubijena ☐ uginula ☐

Vlasnik životinje _____ Adresa i telefon _____

Dat nalog za veterinarski nadzor ☐ Datum izdavanja naloga _____

Datum prijema izvještaja od veterinarske službe _____ Zdravstveno stanje životinje _____

Laboratorijski pregled uzoraka životinje na bjesnilo: TFA (+) ☐ Biološki ogled (+) ☐

AT zaštita primljena ☐ Datum posljednje doze _____

Potpis pacijenta / roditelja* *ako je
ozlijeđena osoba maloljetna

Da li je ranije antirabično tretiran: ☐ Broj doza: _____ Datum posljednje doze _____

ANTIRABIČNI TRETMAN

1. Lokalna obrada rane: datum _____ u zdravstvenoj ustanovi _____

Način obrade rane: _____

2. Humani antirabični imunoglobulin (HRIG):

datum aplikacije _____ u zdravstvenoj ustanovi _____

mjesto aplikacije: oko rane ☐ u glutealni mišić ☐

Tjelesna masa pacijenta _____ jedinica HRIG-a _____

Proizvođač i serija HRIG-a: _____

Neželjene reakcije na HRIG: _____

3. Postekspoziciona imunizacija

dani	Datum imunizacije	lot. br.	Naziv vakcine i proizvođač	Primjedbe/reakcije
0				
3				
7				
14				
28				

Napomena: _____

U _____
Datum podnošenja prijave _____

MP

Potpis i faksimil
doktora medicine _____

MP

Potpis i faksimil
doktora medicine - epidemiologa _____

*SVRSTAVANJE ŽIVOTINJA U EPIDEMIOLOŠKE GRUPE ILI ZDRAVSTVENO STANJE ŽIVOTINJE KOJA JE NANIJELA
OZLJEDU

GRUPA »A« : laboratorijski dokazano bjesnilo (negri, tehnika fluorescentnih antitijela i biološki ogled)

GRUPA »B« : klinički sumnjiva na bjesnilo od strane veterinara ili na osnovu izjave pacijenta o ponašanju životinje, ali životinja nije dostavljena na pregled: salivacija, paraliza, promuklo lajanje/mjaukanje, agresivnost, ne prepoznavanje vlasnika, promjena ponašanja, odsustvo straha kod životinja ...,

GRUPA »C« : nepoznate, kao i uginule, ubijene, odlutale i sve divlje životinje

GRUPA »D« : poznate životinje koje su u vrijeme ujeda izgledale zdrave i ostale zdrave nakon 10-dnevnog posmatranja

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

CRNA GORA

 (zdravstvena ustanova)

 (opština)

 (tel/fax)

Broj: _____

Datum: _____

UPRAVA ZA BEZBJEDNOST HRANE,
 VETERINU I FITOSANITARNE POSLOVE

Opština _____

PRIJAVA O OZLIJEĐIVANJU LICA od strane životinje

Ozlijeđeni(a) _____,

rođen _____, iz _____,

ulica i broj _____, tel: _____,

ujeden(a) je dana _____, od strane psa/mačke ili druge životinje

_____, čiji je vlasnik poznat _____,

iz _____, ulica i broj _____,

tel: _____, ili nepoznatog vlasnika.

Ozljeđa nanesa u gradu _____, naselje _____, ulica _____.

Saglasno zakonu, dostavljamo Vam gore navedenu prijavu, kako bi preduzeli mjere iz Vaše nadležnosti.

Molimo Vas da nam nakon preduzetih mjera vratite kopiju ove prijave, a original zadržite. Ukoliko za vrijeme posmatranja postavite sumnju na bijesnilo, odnosno pas, mačka ili druga životinja odlutaju ili budu ubijeni, **o d m a h** nas obavijestite putem telefona, a ujedno osobu uputite nama zbog antirabičnog tretiranja.

DOSTAVLJENO:
 Veterinarskoj inspekciji (kom.2)

Potpis i faksimil
 doktora medicine - epidemiologa

MP

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

VETERINARSKA SLUŽBA

 _____ (zdravstvena ustanova)
 Broj, _____ Opština _____

IZVJEŠTAJ O IZVRŠENOM POSMATRANJU ŽIVOTINJE

Ozlijeđeni, _____, rođen, _____ iz _____,
 povrijeđen(a) je dana, _____, od strane psa-mačke ili druge životinje _____,
 čiji je vlasnik _____ iz _____, ulica i broj _____,
 tel. _____.

Datum vakcinisanja životinje, _____

Rezultat kliničkog ispitivanja:

1. dan _____ datum _____ potpis _____
 5. dan _____ datum _____ potpis _____
 10. dan _____ datum _____ potpis _____

Primjedba:

Datum

MP

Potpis i faksimil doktora veterine

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

PRIJAVA BOLNIČKE INFEKCIJE

- Prezime, ime jednog roditelja i ime _____
 - Datum rođenja _____ JMBG

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
 - Pol: M – 1 Ž – 2

--
 - Datum prijema u bolnicu _____

--	--	--	--	--	--	--	--
 - Razlog hospitalizacije (klinička dijagnoza/MKB) _____

--	--	--	--
 - Broj istorije bolesti _____
 - Materijal za mikrobiološko ispitivanje uzet na prijemu: DA -1 NE -2

--	--

 Vrsta materijala _____
 Rezultat / uzročnik na prijemu: _____
 - Lokalizacija BI (vidi lokalizaciju na poledini prijave)*

--	--
 - Datum nastanka BI _____

--	--	--	--	--	--
 - Materijal za mikrobiološko ispitivanje uzet u toku BI DA-1 NE -2

--	--

 Vrsta materijala _____
 Rezultat / uzročnik BI: _____
 Rezistentnost uzročnika (spisak antibiotika po grupama na poledini prijave):**
 - 0 nije rezistentan na Ab
 - 1. rezistentan na 1 grupu Ab
 - 2. rezistentan na 2 grupe Ab
 - 3. rezistentan na 3 i više grupa Ab
 - Navesti naziv grupe antibiotika na koje je mikroorganizam rezistentan _____
-
- Ishod bolničke infekcije : 1. izliječen 2. nije izliječen 3. smrt)***
 - Otpušten iz bolnice : DA / NE

U _____
 Datum podnošenja prijave Komisiji

MP

Potpis i faksimil
 doktora medicine ili epidemiologa

U _____
 Datum podnošenja prijave I/HES

Komisija za bolničke infekcije
 (predsjednik Komisije)

*) lokalizacija bolničke infekcije
 **) spisak lijekova/grupa antibiotika
 ***) prijavljuje se posebnom prijavom na Obrascu br. 1

ANTIBIOTICI
BETA LAKTAMSKI ANTIBIOTICI
I. PENICILINI
001 - Penicilin G
002 – Meticilin
003 - Ampicilin
004 – Amoxicillin
005 – Karbenicilin
006 - Piperacilin
007 - Amoxicillin + klavulanska kiselina
008 - Piperacilin + tazobactam
009 - drugi penicilini
II. CEFALOSPORINI
010 – Cephalexin
011 – Cefaclor
012 – Cefuroksim
013 – Cefotaksim
014 – Cefriaxon
015 – Ceftazidim
016 – Cefpodoxim
017 – Cefepim
018 – Cefpirom
019 - drugi cefalosporini
III. MONOBAKTAMI
020 – Aztreonam
021 - drugi monobaktami
IV. KARBAPENEMI
022 – Imipenem
023 – Meropenem
024 - drugi karbapenemi
GLIKOPEPTIDI
025 – Vankomycin
026 - drugi glikopeptidi
FOSFOMICINI
027 – Phosphomycin
028 - drugi fosfomicini
TETRACIKLINI
029 – Tetracyclin
030 – Doxycyclin
031 - drugi tetraciklini
AMINOGLIKOZIDI
032 – Streptomycin
033 – Gentamicin
034 – Amikacin
035 – Netilmicin
036 – Neomycin
037 - drugi aminoglikozidi
SPEKTINOMICINI
038 – Spectinomycin
MAKROLIDI
039 – Erythromycin
040 – Roxitromycin
041 – Azithromycin
042 – Clarithromycin
043 - drugi makrolidi
CHLORAMPHENICOLI
044 – Chloramphenicol
LINKOZAMINI
045 – Linkomycin
046 – Clindamycin
047 - drugi linkozamini
FUSIDINSKA KISJELINA
048 - Fusidinska kiselina

HINOLONI
049 – Ofloxacin
050 – Ciprofloxacin
051 – Nofloxacin
052 - drugi hinoloni
SULFONAMIDI I TRIMETHOPRIM
053 – Sulfonamidi
054 - Sulphametoxazol + trimethoprim
055 - drugi sulfonamidi
POLIMIKSINI
056 - Polymyxin B
057 - Polymyxin E
RIFAMICINI
058 - Rifampicin
DRUGI ANTIBIOTICI

*** BI - LOKALIZACIJA BOLNIČKE
INFEKCIJE**

1. Infekcije operativnog mjesta
2. Infekcije mokraćnog sistema
3. Infekcije krvi
4. Pneumonija
5. Infekcije koštano–zglobnog sistema
6. Infekcije kardiovaskularnog sistema
7. Infekcije centralnog nervnog sistema
8. Infekcije oka, uha i nosa
9. Infekcije sistema za varenje
10. Infekcije sistema za disanje
11. Infekcije polnog sistema
12. Infekcije kože i mekih tkiva
13. Sistemske infekcije

(podnosilac prijave: zdravstvena ustanova / druga pravna lica koja pružaju usluge zdravstvene zaštite)
 Mjesto _____ Opština _____ Crna Gora, Ulica i br. _____
 Telefon: _____ Faks: _____ e-mail: _____ Broj pod kojim je zavedena prijava _____

PRIJAVA – ODJAVA OBOLJENJA/SMRTI OD TUBERKULOZE I REZISTENCIJE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

_____ JMBG _____
 _____ (Prezime) _____ (ime jednog roditelja) _____ (ime)

 _____ (Mjesto rođenja) _____ (datum rođenja) _____
 Bračno stanje _____ Telefon _____ Državljanstvo _____
 Adresa _____
 _____ (mjesto) _____ (Ulica i broj) _____ (Opština)
 Školska sprema _____ Posao koji obavlja _____
 GDJE JE ZAPOSLEN ILI SE ŠKOLUJE _____
 _____ (za predškolsku djecu i naziv ustanove, za vojna lica broj VP)

DIJAGNOZA _____ ŠIFRA MKB _____

KLASIFIKACIJA BOLESTI _____ Plućna _____ Vanplućna → Lokalizacija _____

BOLEST UTVRĐENA _____ BAKTERIOLOŠKI _____ mikroskopski _____ KAVERNA _____
 _____ PATOHISTOLOŠKI _____ kulturom _____ DA
 _____ KLINIČKI _____ PCR _____ NE
 _____ OSTALO _____
 _____ POST MORTEM

TIP BOLESNIKA _____ RIZIČNE GRUPE _____
 _____ NOVOOBOLJELI _____ Kontakt _____
 _____ RECIDIV _____ Specijalno ugroženi _____
 _____ NEUSPJEŠNO LIJEČENJE _____ Beskućnici _____
 _____ LIJEČENJE POSLE PREKIDA _____ Izbjegllice, raseljena lica _____
 _____ DOSELJEN _____ Ostali _____
 _____ OSTALI _____
 _____ (navesti)

TRAJANJE SIMPTOMA DO POČETKA LIJEČENJA _____ DATUM POČETKA LIJEČENJA _____
 _____ (broj nedjelja)

RANIJE UTVRĐENA OBOLJENJA _____ godina obolijevanja _____ BCG IMUNIZACIJA _____ TESTIRAN NA HIV _____
 DIJABETES _____ da _____ da
 HIV _____ ne _____ ne
 ALKOHOLIZAM _____
 DRUGO _____
 _____ (navesti)

HOSPITALIZOVAN _____ NE _____ DA _____ broj dana hospitalizacije _____
 _____ Ustanova _____ Datum _____

ISHOD LIJEČENJA: _____ Datum _____ BAKTERIOLOŠKA DIJAGNOSTIKA I REZISTENCIJA

_____ IZLIJEČENJE _____
 _____ ZAVRŠENO LIJEČENJE _____
 _____ NEUSPJEŠNO LIJEČENJE _____
 _____ PREKINUTO LIJEČENJE _____
 _____ ODSELJEN U _____
 _____ UMRO OD TB _____
 _____ UMRLO OD DRUGE BOLESTI _____
 _____ LIJEČENJE U TOKU _____
 _____ DOT _____

Mjeseci	Datum	DMP*	K (Löw)**	R***
0				
2				
5				

REŽIM LIJEČENJA _____
 _____ inicijalna faza _____ produžna faza

PATRONAŽNE POSJETE _____
 KONTAKTI: ukupno _____
 pregledano _____
 oboljelo _____
 Potpis i faksimil doktora medicine _____

Datum prijave _____ Datum odjave _____

MP _____

* direktni mikroskopski preparat
** podloga po Levenštajnu
*** rezistencija

TIP BOLESNIKA

Novooboljeli: bolesnik koji nikada nije liječen od tuberkuloze ili je uzimao AT lijekove kraće od četiri nedjelje.

Recidiv (ponovni slučaj tuberkuloze): bolesnik koji je ranije liječen od tuberkuloze i koga je ljekar posle kompletne kure AT lijekova proglasio izliječenim od ma kog oblika tuberkuloze ili je liječenje završeno, a koji ponovo ima pozitivan bakteriološki nalaz (ramaz ili kulturu).

Neuspješno liječenje: bolesnik kome je ramaz sputuma za vrijeme liječenja ostao ili ponovo postao pozitivan posle više od pet mjeseci liječenja.

Liječen posle prekida: bolesnik koji je prekinuo liječenje tokom dva ili više mjeseci, a zatim se ponovo javlja radi liječenja i ima pozitivan bakteriološki nalaz.

Premješten/doseljen : bolesnik koji je premješten iz drugog registra tuberkuloze da nastavi liječenje.

Ostali : u ostale su svrstani bolesnici koji se ne uklapaju u gore navedene kategorije. Ova grupa uključuje hronične slučajeve, odnosno bolesnike koji su bakteriološki pozitivni po završetku ponovnog režima liječenja.

ISHOD LIJEČENJA

Izliječen: bolesnik sa negativnim razmazom sputuma u poslednjem mjesecu liječenja i najmanje jedanput prije toga.

Završno liječenje: bolesnik kod koga je liječenje završeno (standardnim režimom), ali nema bakteriološkog dokaza tuberkuloze na početku i/ili u toku i na kraju liječenja, a definiše se radiografskim i kliničkim znacima izliječenja bolesti.

Neuspješno liječen: bolesnik koji je ostao ili ponovo postao sputum direktno pozitivan pet i više mjeseci od početka liječenja.

Prekinuto liječenje: bolesnik koji je prekinuo liječenje tokom dva i više uzastopnih mjeseci.

Odseljen: bolesnik koji je premješten u drugu AT jedinicu i za koga ishod liječenja nije poznat.

Umro: bolesnik koji je umro iz bilo kog razloga tokom liječenja TB

- umro zbog TB
- umro zbog druge bolesti.

NEDJELJNI IZVJEŠTAJ O KRETANJU ZARAZNIH BOLESTI - OPŠTINSKI
za period od _____ do _____

Obrazac broj 13.1

Opština _____

Naziv bolesti	Broj oboljelih	Incidencija 1/100.000	Broj umrlih	Mortalitet 1/100.000	Letalitet %
Crijeвне zarazne bolesti - ukupno					
Respiratorne zarazne bolesti - ukupno					
Parazitarne bolesti - ukupno					
Polno prenosive bolesti - ukupno					
Vektorske bolesti - ukupno					
Zoonoze - ukupno					
Ostale bolesti - ukupno					
Kliconoštvo - ukupno					
SVEGA					

MJESEČNI IZVJEŠTAJ O KRETANJU ZARAZNIH BOLESTI - OPŠTINSKI
za period od _____ do _____

Obrazac broj 13.2

Opština _____

Naziv bolesti	Broj oboljelih	Incidencija 1/100.000	Broj umrlih	Mortalitet 1/100.000	Letalitet %
Crijeвне zarazne bolesti - ukupno					
Respiratorne zarazne bolesti - ukupno					
Parazitarne bolesti - ukupno					
Polno prenosive bolesti - ukupno					
Vektorske bolesti - ukupno					
Zoonoze - ukupno					
Ostale bolesti - ukupno					
Kliconoštvo - ukupno					
UKUPNO					

NEDJELJNI IZVJEŠTAJ O KRETANJU ZARAZNIH BOLESTI ZA CRNU GORU

Obrazac broj 14.1

za period od _____ do _____

Naziv bolesti	Andrijevica	Bar	Berane	Bijelo Polje	Budva	Cetinje	Danilovgrad	Gusinje	Herceg Novi	Kolašin	Kotor	Mojkovac
Crijevne zarazne bolesti - ukupno												
Respiratorne zarazne bolesti- ukupno												
Parazitarne bolesti – ukupno												
Polno prenosive bolesti – ukupno												
Vektorske bolesti – ukupno												
Zoonoze - ukupno												
Ostale bolesti - ukupno												
Kliconoštvo-ukupno												

Naziv bolesti	Nikšić	Petnjica	Plav	Pljevlja	Plužine	Podgorica	Rožaje	Šavnik	Tivat	Tuzi	Ulcinj	Žabljak	SVEGA
Crijevne zarazne bolesti - ukupno													
Respiratorne zarazne bolesti – ukupno													
Parazitarne bolesti – ukupno													
Polno prenosive bolesti – ukupno													
Vektorske bolesti – ukupno													
Zoonoze - ukupno													
Ostale bolesti - ukupno													
Kliconoštvo- ukupno													
UKUPNO													

MJESEČNI IZVJEŠTAJ O KRETANJU ZARAZNIH BOLESTI ZA CRNU GORU

Obrazac broj 14.2

za period od _____ do _____

Naziv bolesti	Andrijevica	Bar	Berane	Bijelo Polje	Budva	Cetinje	Danilovgrad	Gusinje	Herceg Novi	Kolašin	Kotor	Mojkovac
Crijevne zarazne bolesti - ukupno												
Respiratorne zarazne bolesti - ukupno												
Parazitarne bolesti - ukupno												
Polno prenosive bolesti - ukupno												
Vektorske bolesti - ukupno												
Zoonoze - ukupno												
Ostale bolesti - ukupno												
Kliconoštvo - ukupno												

Naziv bolesti	Nikšić	Petnjica	Plav	Pljevlja	Plužine	Podgorica	Rožaje	Šavnik	Tivat	Tuzi	Ulcinj	Žabljak	SVEGA
Crijeвне zarazne bolesti - ukupno													
Respiratorne zarazne bolesti – ukupno													
Parazitarne bolesti – ukupno													
Polno prenosive bolesti – ukupno													
Vektorske bolesti – ukupno													
Zoonoze - ukupno													
Ostale bolesti - ukupno													
Kliconoštvo- ukupno													
UKUPNO													

Tabelarni prikaz obolijevanja od tuberkuloze

Grad	Pol	0 do 4	5 do 14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	64+	Nepoznato	Ukupno
Andrijevice	m										
	ž										
	ukupno										
Bar	m										
	ž										
	ukupno										
Berane	m										
	ž										
	ukupno										
Bijelo Polje	m										
	ž										
	ukupno										
Budva	m										
	ž										
	ukupno										
Cetinje	m										
	ž										
	ukupno										
Danilovgrad	m										
	ž										
	ukupno										
Gusinje	m										
	ž										
	ukupno										
Herceg Novi	m										
	ž										
	ukupno										
Kolašin	m										
	ž										
	ukupno										
Kotor	m										
	ž										
	ukupno										
Mojkovac	m										
	ž										
	ukupno										
Nikšić	m										
	ž										
	ukupno										
Petnjica	m										
	ž										
	ukupno										
Plav	m										
	ž										

Grad	Pol	0 do 4	5 do 14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	64+	Nepoznato	Ukupno
	ukupno										
Pljevlja	m										
	ž										
	ukupno										
Plužine	m										
	ž										
	ukupno										
Podgorica	m										
	ž										
	ukupno										
Rožaje	m										
	ž										
	ukupno										
Šavnik	m										
	ž										
	ukupno										
Tivat	m										
	ž										
	ukupno										
Tuzi	m										
	ž										
	ukupno										
Ulcinj	m										
	ž										
	ukupno										
Žabljak	m										
	ž										
	ukupno										
Stranci	m										
	ž										
	ukupno										
Crna Gora	m										
	ž										
	ukupno										

Obolijevanje od TB

GODINA	BROJ OBOLJELIH			INCIDENCIJA / 100 000
	PLUCNA TBC	VAN PLUCNA TBC	UKUPAN BROJ	

Obolijevanje od TB po mjesecima

Godina Mjesec		
Januar		
Februar		
Mart		
April		
Maj		
Jun		
Jul		
Avgust		
Septembar		
Oktobar		
Novembar		
Decembar		

Broj oboljelih od TB&HIV u godini_____

Crna Gora	Pol	0 do 4	5 do 14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	64+	Nepoznato	Ukupno
	m										
	ž										
	ukupno										