

Образац бр. ДИ-10

Здравствена установа _____

Одељење _____ Република _____

Место _____ Улица и број _____

Општина _____ Телефон _____

КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ ПОБАЧАЈА И ПРЕКИДА ТРУДНОЋЕ

за _____ годину

Образац бр. ДИ-10

Здравствена установа _____

Одељење _____ Република _____

Место _____ Улица и број _____

Општина _____ Телефон _____

Редни број пријаве _____

ПРИЈАВА ПОБАЧАЈА И ПРЕКИДА ТРУДНОЋЕ

Презиме, име једног од родитеља и име породиље _____ ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | |

Број историје болести _____

Место сталног боравка _____ Место _____ Улица и број _____

Посао који обавља _____ | | |

Категорија здравственог осигурања _____ | | | | | | |

Датум пријема _____ дан _____ месец _____ година _____ | | | | | | |

Датум прекида трудноће _____ дан _____ месец _____ година _____ | | | | | | |

Датум исписа _____ дан _____ месец _____ година _____ | | | | | | |

Број живе деце _____ | |

Број прекида трудноће _____ | |

Категорија прекида трудноће (према МКБ-10)

_____ | | | | |

У којој седмици трудноће је прекид трудноће извршен-комплетиран _____ | |

Компликације настале у току прекида трудноће

_____ | | | | |

Основни узрок смрти (према МКБ-10)

_____ | | | | |

У _____

Датум _____ год.

лекар