

(подносилац пријаве)			
Место _____	Општина _____	Управни округ _____	
Улица и број: _____		Телефон: _____	Факс: _____
Ел. адреса: _____		Број под којим је заведена пријава _____	

ПОЈЕДИНАЧНА ПРИЈАВА
*видети упутство на полеђини обрасца

ПОДАЦИ О БОЛЕСНИКУ:	
_____	ЈМБГ
(Презиме, име једног родитеља и име)	
_____	_____
(место рођења)	(датум рођења: дан, месец и година)
Телефон _____	Држављанство _____
Адреса становања _____	
(место, општина) _____ (улица и број) _____	
Посао који обавља _____	
Где је запослен или се школује _____	
(за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП)	
Дијагноза обољења (латински) _____	
Узрочник (латински) _____	
Шифра (МКБ)	
ПОДАЦИ О БОЛЕСТИ:	
Клинички знаци/симптоми: ☐ Да ☐ Не	
Датум почетка болести:	
Датум постављања дијагнозе:	
Датум почетка лечења:	
Врста узорка за лаб. испитивање: ☐ Крв ☐ Фецес ☐ Урин ☐ Ликвор ☐ Спутум ☐ Брис грла/носа	
☐ Брис ректума ☐ Брис уретре ☐ Брис цервикса	
☐ Друго (навести) _____ ☐ Непознато	
Датум узорковања материјала за лабораторијско испитивање:	
Лабораторијски метод _____ Датум обављања лаб. испитивања:	
Резултат лабораторијског испитивања: _____	
Датум Ro испитивања: Ro налаз: уредан ☐ патолошки ☐	
Вакцинални статус:	
1 ☐ Потпуно вакцинисан/ревакцинисан Датум последње вакцинације/ревакцинације:	
2 ☐ Непотпуно вакцинисан	
3 ☐ Није вакцинисан	
9 ☐ Непознато	
ОСТАЛИ ПОДАЦИ:	
Трудница ☐ Да ☐ Не Број недеља трудноће: _____	
Хоспитализација ☐ Да ☐ Не	
ако је одговор да, навести установу _____ Датум хоспитализације:	
Смртни исход ☐ Да ☐ Не Датум смрти:	

МП

Датум подношења пријаве | | | | | | | | | |

Презиме, име и факсимил доктора медицине _____

Класификација случаја заразне болести у складу са дефиницијом случаја
(попуњава спец. епидемиологије у надлежном заводу односно институту за јавно здравље)

- ☐ СУМЊИВ
☐ ВЕРОВАТАН
☐ ПОТВРЂЕН

*Обољења или смрт од заразне болести утврђене чланом 5. Закона о заштити становништва од заразних болести „Службени гласник РС“, број 15/16

Болести које се могу спречити имунизацијом

A 36 Difterija (*Diphtheria*),
B 96.3 Болести узроковане хемofilusом influence групе В (*Haemophilus influenzae B cum causa morborum*) (укључујући **G 00.0** Запаљење мозданица, узročник *Haemophilus influenzae (Meningitis haemophila)*) **J 14** Запаљење плућа, узročник *Haemophilum influenzae (Pneumonia per Haemophilum influenzae)*,
J 10 - J 11 Influenca/Grip укључујући influencu А(H1N1) (*Influenzae/Influenzae A (H1N1)*),
B 05 Morbili/Male boginje (*Morbilli*),
B 26 Parotitis/Zauške (*Parotitis*),
A 37 Pertusis/Veliki kašalj (*Pertussis*),
A 80 Poliomijelitis/Dečja paraliza (*Poliomyelitis anterior acuta*),
B 06 Rubela/Črvenka (*Rubella*), **P 35.0** конгенитална рубела (*Syndroma rubellae congenitae*)
B 03 Velike boginje (*Variola vera*),
A 33 - A 35 Tetanus (*Tetanus*);

Полно преносиве болести

A 55 *Lymphogranuloma venerum* и **A 56** Polne infekcije uzrokovane hlamidijom (*Morbi sexuales per Chlamydia trachomatis transmissi*)
A50-A53 Sifilis (*Syphilis*), укључујући и kongenitalni sifilis
A 54 Gonokokne infekcije (*Infectio gonococcica*),
Z 21, B 20-B 24 Infekcija uzrokovana virusom humane imunodeficijencije (*HIV infectio*) и *Morbus HIV (sindrom stečenog imunološkog deficita-AIDS)*

Вирусни хепатитиси

B 15 Hepatitis A (*Hepatitis A*),
B 16 и B 18.1 Hepatitis B (*Hepatitis B acuta, Hepatitis B chronica*),
B 17.1 и B 18.2 Hepatitis C (*Hepatitis C acuta, Hepatitis C chronica*);

Болести које се преносе храном и водом и болести узроковане окружењем (животном средином)

A 22 Antraks (*Anthrax*),
A 05.1 Botulizam (*Botulismus*),
A 04.5 Kampilobakterioza (*Campylobacteriosis*),
A 07.2 Kriptosporidioza (*Cryptosporidiosis*),
A 07.1 Lambliaza (*Lablasis*),
A 04.3 Infekcija uzrokovana enterohemoragijskom E. coli (*Infectio intestinalis per E. Coli enterohaemorrhagicam*),
A 27 Leptospiroza (*Leptospirosis*),
A 32 Listerioza (*Listeriosis*),
A01-A02 Salmoneloza (*Salmonellosis*),
A 03 Šigeloza (*Shigellosis*),
B 58 Toksoplazmoza (*Toxoplasmosis*),
B 75 Trihinelozа (*Trichinelosis*),
A 04.6 Jersinioza (*Yersinosis*);

Остале болести

(1) Болести које се преносе неконвенционалним узročnicima
A 81.0 Zarazne spongioformne encefalopatije, varijanta Krojcfeld-Jakobsove bolesti,

(2) Болести које се преносе vazduhom
A 48.1 Legioneloza (*Legionellosis*)
A 39 Meningokokna bolest (invazivna bolest) (*Morbus Meningococcica*)

B95.3 Pneumokokne infekcije (invazivna bolest) (*Infectio Pneumococcica*) (укључујући **G 00.1** запаљење мозданица, узročник пнеумокок (*Meningitis pneumococcica*); **J 13** запаљење плућа, узročник *Streptococcus pneumoniae* (*Pneumonia pneumococcica*)), **A 15 - A 19** Tuberkuloza (*Tuberculosis*)

U04.9 Težak akutni respiratorni sindrom (*SARS*)

(3) Zoonoze - osim onih navedenih u (4)

A 23 Bruceloza (*Brucellosis*)

B 67 Ehinokokoza (*Echinococcosis*)

A 82 Besnilo (*Rabies*)

A 78 Q groznica (*Q-febris*)

A 21 Tularemija (*Tularaemia*)

- Avijarna influenza kod ljudi (*Avian influenzae*)

A92.3 Infekcija uzrokovana virusom Zapadnog Nila (*Febris West Nile*)

A 98.5 Hemoragijska groznica sa bubrežnim sindromom (*Febris haemorrhagica cum syndroma renali*)

(4) Ozbiljne uvezene bolesti

A 00 Kolera (*Cholera*)

B 50 - B 54 Malarija (*Malaria*)

A 20 Kuga (*Pestis*)

A95-A99 Virusne hemoragične groznice (*Viral haemorrhagic fever*),

A 95 жута грозница (*Febris flava*)

A 96.2 Умарајућа грозница (*Febris lassa*)

A 98.0 Кримска Конго хеморагичка грозница (*Febris haemorrhagica Crimeana-Congo*)

A 98.3 Марбуришка болест (*Morbus viralis Marburg*)

A 98.4 Ебола болест (*Morbus viralis Ebola*)

A98.5 Hemoragična groznica s bubrežnim sindromom (*Febris haemorrhagica cum syndromate renali*)

(5) Bolesti koje se prenose vektorima

A 84 Krpeljski encefalitis (*Encephalitis viralis ixodibus*);

(подносилац пријаве)			
Место _____	Општина _____	Управни округ _____	
Улица и број: _____		Телефон: _____	Факс: _____
Ел. адреса: _____		Број под којим је заведена пријава _____	

ПРИЈАВА СУМЊЕ НА ЗЛОУПОТРЕБУ БИОЛОШКОГ АГЕНСА

* видети упутство на полеђини обрасца

ПОДАЦИ О БОЛЕСНИКУ ИЛИ ЛОКАЦИЈИ ДОГАЂАЈА:

_____		ЈМБГ
(Презиме, име једног родитеља и име)		
_____		Пол: мушки-1 женски-2
(место рођења)	(датум рођења: дан, месец и година)	
Телефон _____	Држављанство _____	
Посао који обавља _____		
Где је запослен или се школује _____		
(за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП, за локацију врста и тип објекта који се ту налази)		
*Адреса _____, _____		
(улица и број)	(место, општина)	
*У случају сумње на локацијски догађај податке унети од поља адреса на ниже		

Дијагноза(латински) _____

Узрочник (латински) _____

Шифра (МКБ) | | | | |

ПОДАЦИ О БОЛЕСТИ/АГЕНСУ:

Клинички знаци/симптоми: ☐ Да ☐ Не

Датум почетка болести-догађаја: | | | | | | | | | |

Датум постављања дијагнозе: | | | | | | | | | |

Врста узорка за лаб. испитивање: ☐ Крв ☐ Фецес ☐ Урин ☐ Ликвор ☐ Спутум

☐ Брис ректума ☐ Брис уретре ☐ Брис цервикса ☐ Брис грла

☐ Друго(навести) _____

☐ Непознато

Датум узорковања материјала за лабораторијско испитивање: | | | | | | | | | |

Лабораторијски метод _____ Датум обављања лаб.испитивања: | | | | | | | | | |

Резултат лабораторијског испитивања: _____

Датум Ро испитивања: | | | | | | | | | | Ро налаз: уредан ☐ патолошки ☐

Датум почетка лечења | | | | | | | | | |

Вакцинални статус (за поједнице):

1 ☐ Потпуно вакцинисан/ревакцинисан Датум последње вакцинације/ревакцинације: | | | | | | | | | |

2 ☐ Непотпуно вакцинисан

3 ☐ Није вакцинисан

9 ☐ Непознато

ОСТАЛИ ПОДАЦИ:

Трудница: ☐ Да ☐ Не Број недеља трудноће: _____

Хоспитализација: ☐ Да ☐ Не

(ако је одговор да навести установу) _____ Датум хоспитализације: | | | | | | | | | |

Број хоспитализованих особа у случају догађаја: _____

Смртни исход: ☐ Да ☐ Не Датум смрти: | | | | | | | | | |

Основни узрок смрти _____

Број умрлих у случају догађаја _____

Датум подношења пријаве | | | | | | | | | |

Презиме, име и факсимил доктора медицине _____

*Пријаву сумње на злоупотребу биолошког агенса врши доктор медицине специјалиста епидемиолог/инфектолог.

Сумња на злоупотребу биолошког агенса може се поставити ако је:

	да	не
Повећан број оболелих особа са сличном симптоматологијом		
Повећан број случајева неразјашњених болести и/или синдрома		
Повећан број смртних случајева неразјашњених узрока		
Појава неуобичајне болести у популацији		
Више од очекиваног броја оболелих особа од познате болести или синдрома		
Више од очекиваног броја умирлих особа од познате болести или синдрома		
Неуспех лечења уобичајних болести стандардним протоколом		
Појединачни случај болести узроковане неуобичајним агенсом		
Појава болести са неуобичајном географском или сезонском дистрибуцијом		
Вишеструка атипична презентација болести утврђеног изазивача		
Присуство сличног генотипа изазивача код резервоара који су временски и просторно различити		
Необјашњиво повећање новоболелих од већ постојеће ендемске болести		
Истовремена појава груписања оболелих од сличне болести у више територијално неповезаних регија (у земљи и/или иностранству)		
Сумња на атипични пренос узрочника храном, водом или аеросолом		
Појава већег броја оболелих особа у исто време (или у врло кратком временском периоду)		
Појава угинућа или обољевања међу животињама која претходи или је праћена оболевањем или смртним исходима код људи (која није објашњена другим узроком)		

(подносилац пријаве)
 Место _____ Општина _____ Управни округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 Ел. адреса: _____ Број под којим је заведена пријава _____

ПРИЈАВА ЕПИДЕМИЈЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Обољење које се појавило у епидемијској форми:

Дијагноза (латински) _____

Шифра (МКБ-важећа)

--	--	--	--

Датум почетка епидемије _____ Датум откривања епидемије _____ Датум подношења пријаве _____
 Место у ком се јавила епидемија _____ Број становника _____
 Захваћена групација (школа - разред и одељење; деčја установа; колектив; породица; и др.) _____

(место, улица и број)
 Број: експонираних _____; оболелих _____; хоспитализованих _____; умрлих _____; сумњивих _____;

Извор заразе: утврђен - неутврђен

Пут преношења:

храна: _____ шифра** _____

вода за пиће:	ДА	НЕ	1. Објекат за јавно снабдевање водом	2. Индивидуални водни објекат
контакт:	ДА	НЕ		
инокулација:	ДА	НЕ		
аерогени:	ДА	НЕ		
трансмисивни:	ДА	НЕ		
неутврђен:	ДА	НЕ		

Узрочник: - у испитивању - није доказан - шифра етиолошког агенса ***: _____
 - доказан - није испитиван

Клинички знаци _____

Предузете мере _____

Епидемиолошка прогноза заснована на досадашњим испитивањима _____

Неопходна помоћ: (у кадровима, опреми и средствима) _____

У _____

Датум подношења пријаве _____

Презиме, име и факсимил
доктора медицине - епидемиолога

МП _____

* Шифре за намирнице (вехикле) дате су на полеђини пријаве (страна 2)

** Шифре за етиолошке агенсе дате су на полеђини пријаве (страна 2)

Шифре за намирнице (вехикле)*	Шифре за етиолошке агенсе **
01 млеко	100 бактерије и њихови токсини
02 млечни продукти, изузев 03 и 04	101 B. cereus
03 сир	102 Brucella
04 бутер	103 Campylobacter
05 јаја и продукти од јаја/производи од јаја	104 Cl. botulinum
06 месо од топлокрв. животиња	105 Cl. perfringens
060100 говедина	106 E. coli
060800 телетина	107 F. tularensis
061500 свињетина	108 Klebsiella
063200 јагњетина	109 Mycobacteria
063500 пилетина	110 Pseudomonas
063800 ћуретина	111 S. typhi i paratyphi A.B.C.
063900 друга живина	112 druge Salmonellae (serotip)
070000 месни продукти, осим 080000	113 Shigella (grupa)
080000 виршле	114 Staphylococcus aureus
100000 риба	115 Streptococcus faecalis
110000 рибљи продукти/производи од рибљег меса	116 Vibrio cholerae и сродни вибриони
120000 љускари, морске животиње	117 Vibrio parahaemolyticus
200000 мајонез, салате са мајонезом и др.	118 Yersinia enterocolitica
200400 месна салата/салате са месом	190 Друге бактерије
200500 рибља салата/салате са рибом	200 Паразити и протозое
200800 кромпир салата/салате са кромпиром	208 Trichinella spiralis
210000 пудинг, крем итд.	300 Вируси и рикеције
	400 Токсичне животиње
	500 Токсичне биљке
	600 Микотоксини итд.

(подносилац пријаве)
 Место _____ Општина _____ Управни округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 Ел. адреса: _____ Број под којим је заведена пријава _____

ОДЈАВА ЕПИДЕМИЈЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Обољење које се појавило у епидемијској форми:

Дијагноза (латински) _____

Шифра (МКБ-важећа)

--	--	--	--

Датум почетка епидемије _____ Датум откривања епидемије _____ Датум завршетка пријаве _____

Место у ком се јавила епидемија _____ Број становника _____

Захваћена групација (школа - разред и одељење; дечја установа; колектив; породица; и др.) _____

(место, улица и број)

Број: експонираних _____; оболелих _____; хоспитализованих _____; умрлих _____; сумњивих _____;

Извор заразе: утврђен - неутврђен

Пут преношења:

храна: _____ шифра** _____

вода за пиће: ДА НЕ 1. Објекат за јавно снабдевање водом 2. Индивидуални водни објекат

контакт: ДА НЕ

инокулација: ДА НЕ

аерогени: ДА НЕ

трансмисивни: ДА НЕ

неутврђен: ДА НЕ

Узрочник: латински _____ шифра етиолошког агенса *** _____

Потврда референтне лабораторије: ДА - НЕ

Спроведене мере: _____

Предложене мере за трајно отклањање опасности _____

Оболели по полу и узрасту:

Пол	УЗРАСТ БОЛЕЛИХ У ГОДИНАМА															Укупно
	Мање од 1 године	навршена 1 година	2	3	4	5	6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	≥60	
М																
Ж																
У																

Други познати подаци значајни за појаву и ширење епидемије и о спроведеним мерама _____

У _____

Датум подношења одјаве _____

МП _____

Презиме, име и факсимил
доктора медицине - епидемиолога _____

* Шифре за намирнице (вехикле) дате су на полеђини пријаве (страна 2)

** Шифре за етиолошке агенсе дате су на полеђини пријаве (страна 2)

Шифре за намирнице (вехикле)*	Шифре за етиолошке агенсе **
01 млеко	100 бактерије и њихови токсини
02 млечни производи, изузев 03 и 04	101 B. cereus
03 сир	102 Brucella
04 бутер	103 Campylobacter
05 јаја и производи од јаја/производи од јаја	104 Cl. botulinum
06 месо од топлокрв. животиња	105 Cl. perfringens
060100 говедина	106 E. coli
060800 телетина	107 F. tularensis
061500 свињетина	108 Klebsiella
063200 јагњетина	109 Mycobacteria
063500 пилетина	110 Pseudomonas
063800 ћуретина	111 S. typhi i paratyphi A.B.C.
063900 друга живина	112 druge Salmonellae (serotip)
070000 месни производи, осим 080000	113 Shigella (grupa)
080000 виршле	114 Staphylococcus aureus
100000 риба	115 Streptococcus faecalis
110000 рибљи производи/производи од рибљег меса	116 Vibrio cholerae и сродни вибриони
120000 љускари, морске животиње	117 Vibrio parahaemolyticus
200000 мајонез, салате са мајонезом и др.	118 Yersinia enterocolitica
200400 месна салата/салате са месом	190 Друге бактерије
200500 рибља салата/салате са рибом	200 Паразити и протозое
200800 кромпир салата/салате са кромпиром	208 Trichinella spiralis
210000 пудинг, крем итд.	300 Вируси и рикетије
	400 Токсичне животиње
	500 Токсичне биљке
	600 Микотоксини итд.

Место _____ Општина _____ (подносилац пријаве) Управни округ _____
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 Ел. адреса: _____ Број под којим је заведена пријава _____

**ПОЈЕДИЧАЧНА ПРИЈАВА ОБОЛЕВАЊА, ОДНОСНО СМРТИ ОД
ВИРУСНОГ ХЕПАТИТИСА Б ИЛИ ХЕПАТИТИСА Ц**

ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ:

_____ ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | | | |
 (Презиме, име једног родитеља и име)
 _____ Пол: мушки -1 женски -2 | |
 (место рођења) _____ (дан, месец и година рођења)
 Адреса становања _____
 _____ (место, општина, улица и број)
 Посао који обавља _____
 Запослен у или се школује _____
 _____ (за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП)
 Држављанство _____ Телефон _____
 Трудница ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато Број недеља трудноће: _____

КЛИНИЧКИ ПОДАЦИ:

Акутна HBV или HCV инфекција са дискретним симптомима/жутицом: да-1 не-2 непознато-9 | |

Ако је одговор да, Датум почетка првих симптома/знакова: | | / | | / | | | |

Датум дијагностиковања: | | / | | / | | | |

Хронична HBV или HCV инфекција: да-1 не-2 непознато-9 | |

Ако је одговор да, Датум дијагностиковања: | | / | | / | | | |

Компликације : Цироза да-1 не-2 непознато-9 | |

Хепатоцелуларни карцином да-1 не-2 непознато-9 | |

Да ли је пацијент хоспитализован: да-1 не-2 непознато-9 | |

Ако јесте, назив установе _____ Датум хоспитализације: | | / | | / | | | |

Смртни исход: да-1 не-2 непознато-9 | | Датум смрти: | | / | | / | | | |

Основни узрок смрти: _____

ПОДАЦИ О ЛАБОРАТОРИЈСКИМ НАЛАЗИМА (молимо Вас да одговорите на свако питање):

Лабораторијски налази за ХЕПАТИТИС Б:

Површински антиген вируса хепатитиса Б (HBs Ag)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
е- антиген вируса хепатитиса Б (HBe Ag)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
антитела класе IgM на антиген језгра HBV (IgM anti-HBc)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
нуклеинска киселина вируса хепатитиса Б (PCR HBV DNK)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
антитела на површински антиген HBV (Anti-HBs)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
антитела на антиген језгра HBV (Anti-HBc)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
серумски ALT >200	да-1	не -2	непознато-9	__

Лабораторијски налази за ХЕПАТИТИС Ц:

анти -HCV антитела	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
потврдни Imuno blot HCV тест	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
антиген језгра вируса хепатитиса Ц (HCV-core Ag)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
нуклеинска киселина вируса хепатитиса Ц (PCR HCV RNK)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
серумски ALT >200	да-1	не -2	непознато-9	__

УДРУЖЕНА HIV ИНФЕКЦИЈА:

Да ли је пацијент тестиран на HIV?	да-1	не -2	непознато-9	__
------------------------------------	------	-------	-------------	----

Датум тестирања: / /

Врста теста: ☐ ELISA/Mini Vidas test ☐ Western Blot ☐ брзи HIV тест ☐ PCR HIV RNK тест

Резултат HIV теста:	позитиван-1	негативан-2	непознато-9	__
---------------------	-------------	-------------	-------------	----

ВАКЦИНАЛНИ СТАТУС за ХЕПАТИТИС Б:

☐ Потпуно вакцинисан/ревакцинисан -1 Датум последње вакцинације/ревакцинације: / /

☐ Непотпуно вакцинисан-2

☐ Није вакцинисан-3

☐ Непознато - 9

М.П.

Датум подношења пријаве

/ /

Потпис и факсимил доктора медицине

(подносилац пријаве)

Место: _____ Општина: _____ Управни округ: _____

Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____

Ел. адреса: _____ Број/Датум под којим је заведена пријава: _____

ПРИЈАВА О МОГУЋОЈ ИНФЕКЦИЈИ ВИРУСОМ БЕСНИЛА И ПОСТЕКСПОЗИЦИОНОЈ ПРОФИЛАКСИ

(Презиме, име једног родитеља и име) _____ ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(место рођења) _____ Пол: мушки-1 женски -2 | | |
(дан, месец и година рођења)

Адреса становања _____ (место, општина, улица и број)

Држављанство _____ Телефон _____

Број картице здравственог осигурања: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ЛБО (лични број осигураника): | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Посао који обавља _____

Запослен у или се школује _____
(за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП)Трудница ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато Број недеља трудноће: _____

ПОДАЦИ О ОЗЛЕЂИВАЊУ

Датум озледе: _____ Место/Општина где је настало озлеђивање: _____

Локализација озледе: _____ Број озледа: _____

Опис озледа: лака ☐ тешка ☐ кроз одело ☐ контакт ☐ рана крварила ☐Ујед/озледа провоциран/а ☐ АТ заштита ☐ Редовна АТ заштита ☐Да ли је раније антирабично третиран: да ☐ не ☐

Датум: _____ Вакцина: _____ Број доза: _____

Врста животиње која је нанела озледу: _____ Група: А Б Ц Д

животиња жива: ☐ животиња позната ☐ животиња вакцинисана: ☐
животиња непозната: ☐ животиња одлутала: ☐ убијена: ☐ угинула: ☐

Власник животиње: _____ Адреса: _____

Дат налог за ветеринарски надзор: ☐ Датум издавања налога: _____

Датум пријема извештаја: _____ Резултат надзора: _____

Лабораторијски преглед на беснило: ТФА(+) ☐ Биолошки оглед (+) ☐

Анамнеза: _____

АНТИРАБИЧНИ ТРЕТМАН

1. Локална обрада ране: датум: _____ у здравственој установи _____

Начин обраде ране: _____

2. Хумани антирабични имуноглобулин (ХРИГ):

Датум апликације: _____ у здравственој установи _____

место апликације: у и око ране ☐ у глутеални мишић ☐

Телесна маса пацијента: _____ (кг) јединица ХРИГ-а: _____ (И.Ј.)

Произвођач и серија ХРИГ-а: _____

Нежељене реакције на ХРИГ: _____

3. Вакцинација против беснила:

Дани	Датум имунизације	Лот. Бр.	Назив вакцине	Примедба/реакције
0				
3				
7				
14				
21				
28				

4. Контрола имунитета: Датум контроле: _____ Резултат: _____ (И.Ј/мл)

У _____
Датум подношења пријаве

МП

Презиме, име и факсимил
доктора медицине

*Попуњен образац послати у Завод за антирабичну заштиту - Пастеров завод, Нови Сад, Хајдук Вељкова 1, 21000 Нови Сад.
Копију пријаве послати Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, др Суботића 5, 11000 Београд.

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Управни округ _____

Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____

Ел. адреса: _____ Број под којим је заведена пријава _____

ПОЈЕДИНАЧНА ПРИЈАВА ОБОЉЕЊА, (СМРТИ) ОД МАЛАРИЈЕ И НОСИЛАШТВА
УЗРОЧНИКА МАЛАРИЈЕ

ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Презиме, име једног родитеља и име) _____

_____ (место рођења) _____ (дан, месец и година рођења) Пол: мушки-1 женски -2 | |

Адреса становања _____

_____ (место, општина, улица и број)

Занимање _____ Занослен / школује се у _____

(за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП)

Држављанство _____ Телефон _____

Трудница ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато Број недеља трудноће: _____

Земље у којима је боравио: _____ време боравка: од _____ до _____

_____ од _____ до _____

_____ од _____ до _____

Земља из које је дошао _____ Датум доласка у Србију _____

Датум обољевања _____

Анамнеза маларије _____

| | | | |

Дијагноза обољења (латински)	шифра
------------------------------	-------

Разлог боравка у маларичном подручју

- 1) привремен рад
- 2) посета земљи свог порекла
- 3) члан посаде (брода, авиона, војна служба), хуманитарни радници
- 4) службено или туристичко путовање (до седам дана)
- 5) остало

Хемиопрофилактикса против маларије примењена:	пре одласка	Да	Не
	за време боравка	Да	Не
	по повратку у земљу	Да	Не

У случају потврдног одговора:

Назив лека _____	учесталост давања _____	1) редовно	2) нередовно
Назив лека _____	учесталост давања _____	1) редовно	2) нередовно
Назив лека _____	учесталост давања _____	1) редовно	2) нередовно
Назив лека _____	учесталост давања _____	1) редовно	2) нередовно
Назив лека _____	учесталост давања _____	1) редовно	2) нередовно

Начин постављања дијагнозе: 1) густ кап, размаз; 2) серолошки; 3) клинички;

Врста паразита: 1) *P. falciparum*; 2) *P. vivax*; 3) *P. malariae*; 4) *P. ovale*; 5) мешана инф.

Време, дужина хоспитализације и начин лечења:

Исход случаја: 1) опорављен; 2) паразитоноша; 3) умро; 4) непознат

Примедба:

У _____

Датум подношења пријаве

МП

Презиме, име и факсимил
доктора медицине

_____ (подносилац пријаве) _____ одељење/служба

Место _____ Општина _____ Управни Округ _____ Република Србија

Улица и број: _____ Телефон: _____ факс: _____

Ел. адреса: _____ Број под којим је заведена пријава _____

ПРИЈАВА БОЛНИЧКЕ ИНФЕКЦИЈЕ (БИ)

_____ ЈМБГ _____
 (Презиме, име једног родитеља и име) _____

 (место рођења) _____ (дан, месец и година рођења) _____ Пол: М- 1 Ж- 2 ☐

Адреса становања _____
 _____ (место, општина, улица и број)

Хоспитализација ДА -1 НЕ- 2 ☐

Датум пријема у болницу: _____ ☐

Разлог хоспитализације (клиничка дијагноза/МКБ) _____ ☐

Врста БИ (види класификацију на полеђини пријаве) _____ ☐

Датум настанка БИ _____ ☐

БИ настала: на истом одељењу - 1
 на другом одељењу - 2 _____ (уписати назив одељења)
 у другој здравственој установи -3 _____
 (уписати назив здравствене установе) _____ ☐

Узорак за микробиолошко испитивање узет у току БИ: ДА -1 НЕ- 2 ☐

Врста узорка _____ ☐

Резултат/узрочник БИ: _____

Резистентност узрочника (приложити копију антибиограма)

У _____

Датум подношења пријаве _____

МП

Презиме, име и факсимил
 доктора медицине _____

КЛАСИФИКАЦИЈА БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА
(ИНФЕКЦИЈА ПОВЕЗАНИХ СА ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ)
ПРЕМА АНАТОМСКОЈ ЛОКАЛИЗАЦИЈИ

БИ код	Локализација	БИ код	Локализација
ИОМ	Инфекција оперативног места	ОУНГ	Инфекција ока, уха, носа, грла или усне дупље
ПН	Пнеумонија	КВС	Инфекција кардиоваскуларног система
ПНИ	Пнеумонија повезана са интубацијом	ЦНС	Инфекција централног нервног система
ИМС	Инфекција мокраћног система	ИВ	Инфекције система за варење
ИК	Инфекција крви	ПОЛ	Инфекција полног система
ИК-ВК	Инфекција крви удружена са васкуларним катетером	ИКМТ	Инфекције коже и меких ткива
КЗ	Инфекција костију и зглобова	СИС	Системске инфекције
ИДД	Инфекција доњег дела система за дисање изузев пнеумонија		

НОВО	Посебне дефиниције случајева код новорођенчади
НОВО-КС	Клиничка сепса
НОВО-МПИК	Микробиолошки потврђене инфекција крви
НОВО-МПИК-КНС	Микробиолошки потврђена инфекција крви са коагулаза негативним стафилококом (КНС)
НОВО-ПНЕУ	Пнеумонија
НОВО-НЕК	Некротизирајући ентероколитис

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Управни округ _____
Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
Ел. адреса: _____ Број под којим је заведена пријава _____

ПРИЈАВА ЛАБОРАТОРИЈСКИ УТВРЂЕНОГ УЗРОЧНИКА, ОДНОСНО МИКРОБИЛОШКОГ МАРКЕРА ПРИСУСТВА УЗРОЧНИКА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

ПОДАЦИ О БОЛЕСНИКУ:

_____ (Презиме, име једног родитеља и име) _____ ЈМБГ | _____

_____ (место рођења) _____ | _____ (датум рођења: дан, месец и година) _____ Пол: мушки- 1 женски-2 | _____

Адреса становања : _____

Држављанство: _____ (место, општина) _____ (улица и број) _____
 Телефон: _____

Трудница: ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато Број недеља трудноће: _____

КЛИНИЧКИ И ЛАБОРАТОРИЈСКИ ПОДАЦИ:

Разлог узимања и слања материјала (дијагноза, симптоми) _____

Ко шаље материјал _____
(правно лице, предузетник, физичко лице - лично)

Датум узорковања :

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

 Установа у којој је обављено узорковање: _____

Датум пријема материјала у лабораторију (узорковања у лабораторији) : | | | | | | | |

Врста узорка : ☐ Крв ☐ Фецес ☐ Урин ☐ Ликвор ☐ Спутум

☐ Брис ректума ☐ Брис уретре ☐ Брис цервикса ☐ Брис грла/носа

☐ Друго(навести) _____

Лабораторијски метод: _____

Датум лабораторијског испитивања: | | | | | | |

Резултат лабораторијског испитивања: _____
(врста узročника или маркера присуства узročника-латински назив)

Датум подношења пријаве | _____

МП

Име, презиме и факсимил
доктора медицине
микробиолога

(подносилац пријаве: здравствена установа)

Место _____ Општина _____ Управни Округ _____ Република Србија

Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____

Ел. адреса: _____ Број под којим је заведена пријава _____

ДОПУНСКА ПРИЈАВА - ОДЈАВА ТУБЕРКУЛОЗЕ И РЕЗИСТЕНЦИЈЕ
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

_____ ЈМБГ |

(Презиме) _____ (име једног родитеља) _____ (име) _____

_____ Пол мушки -1 _____ женски -2 _____

(Место рођења) _____ (Датум рођења) _____

Брачно стање _____ Телефон _____ Држављанство _____

Адреса _____ (место) _____ (улица и број) _____ (општина) _____

Школска спрема _____ Посао који обавља _____

Где је запослен или се школује _____
(за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП)

ДИЈАГНОЗА _____ ШИФРА МКБ _____

КЛАСИФИКАЦИЈА БОЛЕСТИ ☐ ПЛУЋНА ☐ ВАНПЛУЋНА → локализација _____

БОЛЕСТ УТВРЂЕНА ☐ БАКТЕРИОЛОШКИ: ☐ микроскопски ☐ КУЛТУРОМ ☐ КАВЕРНА ☐ Да ☐ Не

☐ ПАТОХИСТОЛОШКИ ☐ КЛИНИЧКИ ☐ ОСТАЛО → _____

ТИП БОЛЕСНИКА: ☐ НОВОБОЛЕЛИ ☐ РЕЦИДИВ ☐ НЕУСПЕШНО ЛЕЧЕН ☐ ЛЕЧЕН ПОСЛЕ ПРЕКИДА ☐ ДОСЕЉЕН ☐ ОСТАЛИ _____
(навести)

РИЗИЧНЕ ГРУПЕ ☐ Контакт ☐ Социјално угрожени ☐ Бескућници ☐ Избеглице, расељена лица ☐ Остали _____

ТРАЈАЊЕ СИМПТОМА ДО ПОЧЕТКА ЛЕЧЕЊА _____ ДАТУМ ПОЧЕТКА ЛЕЧЕЊА _____
(број недеља)

РАНИЈЕ УТВРЂЕНА ОБОЉЕЊА година обољевања БЦГ ИМУНИЗАЦИЈА НIV ТЕСТИРАЊЕ Резултат НIV ТЕСТА

☐ ДИЈАБЕТЕС ☐ Да ☐ Да ☐ Позитиван

☐ НIV ИНФЕК. ☐ Не ☐ Не ☐ Негативан

☐ АЛКОХОЛИЗАМ ☐ Непознато ☐ Непознато ☐ Непознато

☐ ДРУГО _____
(навести)

ХОСПИТАЛИЗОВАН ☐ НЕ ☐ ДА _____ Установа _____ Датум _____ број дана хоспитализације _____

ИСХОД ЛЕЧЕЊА: Датум БАКТЕРИОЛОШКА ДИЈАГНОСТИКА И РЕЗИСТЕНЦИЈА

☐ ИЗЛЕЧЕН _____

☐ ЗАВРШЕНО ЛЕЧЕЊЕ _____

☐ НЕУСПЕШНО ЛЕЧЕН _____

☐ ПРЕКИНУТО ЛЕЧЕЊЕ _____

☐ ОДСЕЉЕН У _____

☐ УМРО ОД ТБ _____

☐ УМРО ОД ДРУГЕ БОЛЕСТИ _____

☐ ЛЕЧЕЊЕ У ТОКУ _____

Месеци	Датум	М	К (Low)	Р
0				
2				
5				

РЕЖИМ ЛЕЧЕЊА _____ број _____

иницијална фаза _____ продужна фаза _____

ПАТРОНАЖНЕ ПОСЕТЕ _____

КОНТАКТИ: укупно _____ прегледано _____ оболело _____

ДАТУМ ПРИЈАВЕ _____

МП _____

ДАТУМ ОДЈАВЕ _____

Презиме, име и факсимил доктора медицине _____

(подносилац пријаве)
 Место _____ Општина _____ Управни округ _____
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 Ел. адреса: _____ Број под којим је заведена пријава _____

**ПОЈЕДИНАЧНА ПРИЈАВА НОСИЛАШТВА АНТИТЕЛА НА HIV (*HIV INFECTION*),
 ОБОЛЕВАЊА ОД *MORBUS HIV-a (AIDS)*, ОДНОСНО СМРТИ за лица старија од 15 година**

ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ:

_____ ЈМБГ | | | | | | | | | |
 _____ (Презиме, име једног родитеља и име)
 _____ Пол: мушки -1 женски -2 | |
 _____ (место рођења) _____ (дан, месец и година рођења)
 Телефон _____ Држављанство (за странце) _____
 Адреса _____ (место, општина) _____ (улица и број)
 Земља боравка у време дијагностиковања HIV инфекције _____
 Посао који обавља _____
 Где је запослен или се школује _____
 _____ (за војна лица број ВП)

ЛАБОРАТОРИЈСКИ И КЛИНИЧКИ ПОДАЦИ:

Датум последњег анти-HIV негативног теста: | | | | | | | | | |
 Датум постављања лабораторијске дијагнозе HIV инфекције: | | | | | | | | | |
 Врста лабораторијског метода (навести:ELISA, Mini Vidas, Rapid ,WB test, и др.): _____
 Датум првог CD4 теста: | | | | | | | | | | Вредност CD4 теста (бр. ћелија/μl): _____
 Датум првог PCR HIV RNK теста: | | | | | | | | | | Вредност PCR HIV RNK теста (бр. копија/ml): _____
 Клинички статус : ☐ Акутна HIV инфекција (навести начин дијагностиковања: _____)
☐ Асимптоматска HIV инфекција
☐ Симптоматска HIV инфекција, али није AIDS
☐ Клинички AIDS
 Датум дијагностиковања AIDS-а: | | | | | | | | | |
 Дијагностиковане AIDS индикативне болести* : 1. _____
 2. _____
 3. _____
 Комбинована АРВ терапија: ☐ није уведена-2 ☐ уведена-1 Датум увођења АРТ: | | | | | | | | | |
 Да ли је пацијент хоспитализован? ☐ Да ☐ Не
 (Ако је одговор ДА, навести установу _____ ; Датум хоспитализације: | | | | | | | | | |
 Да ли је пацијент умро? ☐ Да ☐ Не Датум смрти: | | | | | | | | | |
 Узрок смрти: ☐ AIDS ☐ Основна болест (навести) _____
☐ Друго (навести) _____

ПОДАЦИ О НАЧИНУ ТРАНСМИСИЈЕ:

Начин преношења HIV-а:
☐ употреба дрога инјектирањем
☐ примање фактора коагулације (хемофиличар)
☐ секс мушкарца са мушкарцем (хомо или бисексуална особа)
☐ хетеросексуални контакт са: ☐ инјектирајућим корисником дрога; ☐ бисексуалним мушкарцем (само за жене);
☐ партнером из земље са генерализованом HIV епидемијом
☐ остало (навести) _____ ☐ није познато
☐ примање трансфузије крви/трансплантација и сл.: датум првог примања _____
 датум последњег примања _____
☐ друго (навести) _____
☐ није утврђен/непознато

ПОДАЦИ О ДРУГИМ ИНФЕКЦИЈАМА:

Акутни вирусни хепатитис Б (IgM anti-HBc)	☐ да	☐ не	☐ непознато
HBs Ag тест	☐ позитиван	☐ негативан	☐ није тестиран/непознато
Anti-HBs антитела тест	☐ позитиван	☐ негативан	☐ није тестиран/непознато
Анти- HCV антитела тест	☐ позитиван	☐ негативан	☐ није тестиран/непознато
PCR HCV RNK тест	☐ позитиван	☐ негативан	☐ није тестиран/непознато
Сифлис тест	☐ позитиван	☐ негативан	☐ није тестиран/непознато
Генитална хламидијаза тест	☐ позитиван	☐ негативан	☐ није тестиран/непознато
Туберкулоза (латентна) тест	☐ позитиван	☐ негативан	☐ није тестиран/непознато

ОСТАЛИ ПОДАЦИ (само за особе женског пола):

Трудница ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато Ако је одговор да, навести број недеља трудноће _____

Да ли пацијенткиња има живорођено дете/децу ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато

Ако је одговор да, број трудноћа _____; број порођаја _____;

Датум последњег порођаја _____; Здравствена установа и место _____;

Презиме, име једног родитеља и име детета _____

МП

Датум подношења пријаве

Потпис и факсимил доктора медицине

*Болест индикативне за АИДС, према Европској дефиницији АИДС – из 1993. године

А.ОПОРТУНИСТИЧКЕ ИНФЕКЦИЈЕ

1 = Bakterijske infekcije, multiple ili rekurentе u деce млаde od 13 година

2 = Kandidijaza bronha, трахеје или плућа

3 = Kandidijaza ezofagusa

4 = Kokcidioidomikoza - дисеминирана или екстрапулмонална

5 = Kriptokokoza - екстрапулмонална

6 = Kriptosporidijaza - хронична crevna (трајања > 1 месец)

7 = Citomegalovirusna болест (осим jetre, slezene i limfnih čvorova) код болесника старијег од месец дана

8 = Citomegalovirusni retinitis (s губитком vida)

9 = Herpes simplex - хронични ulkus(i) (трајања > 1 месец), или bronhitis, pneumonitis, ezofagitis код болесника старијег од месец дана

10 = Histoplazmoza - дисеминирана или екстрапулмонална

11 = Izosporijaza - хронична crevna (трајања > 1 месец)

12 = Mycobacterium avium комплекс или M. kansasii - дисеминирана или екстрапулмонална

13 = Mycobacterium tuberculosis (pulmonalna*) - било које локализације код особа старијих од 13 година

14 = Mycobacterium tuberculosis (ekstrapulmonalna) - било које локализације

15 = Mycobacterium друге или недефиниране врсте - дисеминирана или екстрапулмонална

16 = Pneumonija uzrokovana parazitom Pneumocystis carinii

17 = Pneumonija (recidivirajuda*) код особе старије од 13 година

18 = Progresivna multifokalna leukoencefalopatija

19 = Sepsa uzrokovana salmonelama (recidivirajuda)

20 = Toksoplazmoza mozga код болесника старијег од месец дана

Б. ОСТАЛЕ БОЛЕСТИ

21 = Karcinom cerviksa (invazivni*) код особе старије од 13 година

22 = HIV-encefalopatija

23 = Kaposijev sarkom

24 = Limfoidna intersticijska pneumonija u деce млаde od 13 година

25 = Burkittov limfom

26 = Imunoblastični limfom (или еквивалентан назив)

27 = Primarni limfom centralnog nervnog sistema

28 = Sindrom propadanja uzrokovan HIV-om

Ц. ИНДИКАТОРИ БОЛЕСТИ СА НЕПОТПУНИМ ИНФОРМАЦИЈАМА (примењиво само у случају да недостају детаљне информације)

30 = Oportunističke infekcije, nespecificirane

31 = Limfom, nespecificirani

(подносилац пријаве)			
Место _____	Општина _____	Управни округ _____	
Улица и број: _____		Телефон: _____	Факс: _____
Ел. адреса _____		Број под којим је заведена пријава _____	

**ПОЈЕДИНАЧНА ПРИЈАВА НОСИЛАШТВА АНТИТЕЛА НА HIV (HIV INFECTION),
ОБОЛЕВАЊА ОД MORBUS HIV-а (AIDS), ОДНОСНО СМРТИ за децу млађу од 15 година**

ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ:			
(Презиме, име једног родитеља и име)		ЈМБГ	
(место рођења)	(дан, месец и година рођења)	Пол: мушки -1 женски -2	
Телефон родитеља _____		Држављанство (за странце) _____	
Адреса _____			
(место, општина)		(улица и број)	
Земља боравка у време дијагностиковања HIV инфекције _____			
Где се школује _____			

ЛАБОРАТОРИЈСКИ И КЛИНИЧКИ ПОДАЦИ:	
PCR HIV DNK тест : ☐ позитиван ☐ негативан ☐ није тестиран/непознато Датум последњег:	
Датум постављања лабораторијске дијагнозе HIV инфекције:	
Врста лабораторијског метода (ELISA, Mini Vidas, Rapid ,WB test, и др. за децу узроста 18+ месеци) : _____	
Датум првог CD4 теста:	Вредност CD4 теста (бр. ћелија/μl): _____
Датум првог PCR HIV RNK теста	Вредност PCR HIV RNK теста (бр. копија/ml): _____
Клинички статус : ☐ Акутна HIV инфекција (навести начин дијагностиковања: _____)	
☐ Асимптоматска HIV инфекција ☐ Симптоматска HIV инфекција, али није AIDS ☐ Клинички AIDS	
Датум дијагностиковања AIDS-а:	
Дијагностиковане AIDS индикативне болести* : 1. _____	
2. _____	
3. _____	
Комбинована АРВ терапија: ☐ није уведена ☐ уведена Датум увођења АРТ:	
Да ли је пацијент хоспитализован? ☐ Да ☐ Не	
(Ако је одговор да, навести установу _____ ; Датум хоспитализације:	
Да ли је пацијент умро? ☐ Да ☐ Не Датум смрти:	
Узрок смрти: ☐ AIDS ☐ Основна болест (навести) _____	
☐ Друго (навести) _____	

ПОДАЦИ О МАЈЦИ:	
ЈМБГ	
(Презиме, име једног родитеља и име)	
HIV статус мајке: ☐ Dg HIV + пре трудноће ☐ Dg HIV + током трудноће ☐ Dg HIV + током порођаја ☐ непознат	
Категорија мајке детета у односу на начин трансмисије HIV-а:	
☐ употреба дрога инјектирањем	
☐ хетеросексуални контакт са: ☐ инјектирајућим корисником дрога ☐ бисексуалним мушкарцем	
☐ партнером из земље са генерализованом HIV епидемијом	
☐ хемофиличарем, примаоцем трансфузије или транспланта који је HIV +	
☐ остало (навести) _____ ☐ није познат статус партнера	
☐ примање трансфузије крви/трансплантата ткива или органа и сл.	
☐ друго (навести) _____	
☐ није утврђен/непознато	

ОСТАЛИ ПОДАЦИ:Да ли су доступни подаци о рођењу детета: ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато

Установа и место где се дете родило: _____

Начин порођаја: ☐ Вагинални ☐ Планирани царски рез ☐ Друго (навести) _____ ☐ НепознатоВреме порођаја ☐ У термину (≥37 недеља) ☐ Превремено (≤ 36 недеља) ☐ НепознатоДа ли мајка добијала АРВ лекове пре трудноће: ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато ☐ Одбила лечењеДа ли мајка добијала АРВ лекове током трудноће: ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато ☐ Одбила лечењеДа ли је мајка добијала АРВ лекове током порођаја: ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато ☐ Одбила лечење

Ако је одговор да, специфицирати АРВ терапију: _____

Да ли је дете добијало или добија:

АРВ лек као профилаксу HIV инфекције (AZT, ZDV): ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато Датум почетка: | | | | | | | |АРВ лекове у циљу лечења HIV инфекције: ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато Датум почетка: | | | | | | | |Лекове ради профилаксе РСР: ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато Датум почетка: | | | | | | | |Начин исхране одојчета: ☐ Мајчино млеком (дојењем)☐ Замена за мајчино млеко (мљечна формула)☐ Комбиновано**ПОДАЦИ О ДРУГИМ ИНФЕКЦИЈАМА:**Акутни вирусни хепатитис Б (IgM anti-HBc) ☐ да ☐ не ☐ непознатоHBs Ag тест ☐ позитиван ☐ негативан ☐ није тестиран/непознатоAnti-HBs антитела тест ☐ позитиван ☐ негативан ☐ није тестиран/непознатоАнти- HCV антитела тест ☐ позитиван ☐ негативан ☐ није тестиран/непознатоPCR HCV RNK тест ☐ позитиван ☐ негативан ☐ није тестиран/непознатоСифлис тест ☐ позитиван ☐ негативан ☐ није тестиран/непознатоТуберкулоза (латентна) тест ☐ позитиван ☐ негативан ☐ није тестиран/непознато

МП

Датум подношења пријаве: | | | | | | | |

Потпис и факсимил доктора медицине

*Индикаторске болести за АИДС код деце, према Европској ревизији из 1995. године

А.ИНДИКАТОРСКЕ БОЛЕСТИ НЕЗАВИСНЕ ОД ЛАБОРАТОРИЈСКОГ ДОКАЗА ХИВ ИНФЕКЦИЈЕ (ако су искључени други могући узроци имунодефицијенције)

- Kandidijaza ezofagusa, bronha, traheje ili pluća
- Kriptokokoza – ekstrapulmonalna
- Kriptosporidijaza - hronična crevna (trajanja > 1 mesec)
- Citomegalovirusna bolest (osim jetre, slezene i limfnih čvorova) код болесника старијег од месец дана
- Herpes simpleks - hronični ulkus(i) (trajanja>1 mesec), ili bronhitis, pneumonitis, ezofagitis код болесника старијег од месец дана-Капошијев сарком
- Limfom mozga (primarni)
- Limfoidna intersticijska pneumonija ili plućna limfoidna hiperplazija
- Mycobacterium avium kompleks ili M. kansasii bolest, diseminirana, zahvata druge organe osim pluća, kože, cervikalne ili hilarne limfne čvorove
- Pneumocystis carinii pneumonija
- Progresivna multifokalna leukoencefalopatija
- Toksoplazmoza mozga kod bolesnika starijeg od mesec dana

Б: ИНДИКАТОРСКЕ БОЛЕСТИ УЗ ЛАБОРАТОРИЈСКИ ДОКАЗ ХИВ ИНФЕКЦИЈЕ

- Bakterijske infekcije, multiple ili rekurentne
- Kokcidioidomikoza - diseminirana (ekstrapulmonalna, izvan cervikalnih i hilarnih limfnih čvorova)
- HIV encefalopatija
- Histoplazmoza - diseminirana (ekstrapulmonalna, izvan cervikalnih i hilarnih limfnih čvorova)
- Izosporidioza sa prolivom u trajanju dužem od mesec dana
- Limfom malih ćelija (Burkitt) ili imunoblastičan ili limfom velikih delija B-limfocita ili nepoznatog imunološkog fenotipa
- Bolest uzrokovana mikobakterijama koje nisu M. tuberculosis, diseminirana, zahvata druge organe osim pluća, kože, cervikalne ili hilarne limfne čvorove
- Mycobacterium tuberculosis, diseminirana ili plućna
- Rekurentna salmonella sepsa koja nije uzrokovana sa S. typhi ili Sindrom propadanja uzrokovan HIV-om

**ПРИЈАВА ЛАБОРАТОРИЈСКИ ПОТВРЂЕНОГ СЛУЧАЈА ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНОГ
ВИРУСОМ ГРИПА**

Име и презиме лекара	
Здравствена установа	
Контакт телефон	
Ел. адреса	
Датум пријављивања	

1. Подаци о случају

Национални ЕПИД број	
Име и презиме пацијента	
Датум рођења	
Матични број (ЈМБГ)	
Адреса пребивалишта	
Установа у којој је особа запослена	
Радно место/Занимање	
Тежина пацијента	
Висина	
Пол Мушки - 1 Женски - 2	
УЗОРАК (заокружити)	СЕНТИНЕЛ да не

2. Симптоми

Датум почетка болести Датум првог јављања здравственом систему Датум узорковања бриса (навести извештајну недељу) Датум лабораторијске потврде случаја (навести извештајну недељу) Лабораторијски потврђен вирус грипа (навести тип)

Симптоми у било ком периоду током трајања инфекције	Означити уколико је присутно са Х	Коментар, уколико постоји
Температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$		
Температура није мерена		
Гушобоља		
Цурење носа		
Кијање		
Кашаљ		
Отежано дисање		
Коњунктивитис		
Дијареа		
Наузеја		
Повраћање		
Главобоља		
Конвулзије		
Промена стања свести		
Бол у мишићима		
Бол у зглобовима		
Крварење из носа		
Други симптоми/описати		

3. Други анамнестички подаци

Да ли је пацијент примио вакцину против сезонског грипа током ове сезоне?

Да Не Коментар

Да ли је пацијент примио вакцину против пнеумокока?

Да Не Коментар

Да ли је узимао антивирусну профилаксу унутар 14 дана пре почетка болести?

Да Не Коментар

Ако је одговор ДА, коју? (заокружити)

Оселтамивир

Занамивир

Амантадин

Римантадин

Друго, навести

****Да ли је пацијент имао неко од следећих обољења/стања пре појаве болести (заокружити)?**

Хронично респираторно обољење

Астма

Дијабетес

Метаболичке болести

Хронично обољење срца

Хронично обољење бубрега

Хронично обољење јетре

Хронично неуролошко обољење

Имунокомпромитоване особе

Гојазност

Туберкулоза

Трудноћа

► први триместар

► други триместар

► трећи триместар

► непозната гестацијска старост

Друго: _____

4. Пнеумонија, друге компликације

Да ли пацијент има клиничке знаке пнеумоније?

Да Не Непознато

Да ли је урађен РТГ плућа?

Да Не Непознато

Уколико је одговор НЕ или непознато, прећи на одељак 5.

Примарна вирусна/инфлуенца пнеумонија дијагностикована?

Да Не Непознато

Секундарна бактеријска пнеумонија дијагностикована?

Да Не Непознато

Третман	Означити са X	Датум отпочињања примене	Трајање у данима
Оселтамивир			
Занамивир			
Армантадин			
Римантадин			

Да ли је регистрована нежељена реакција након примене? Да Не Непознато

Уколико Да, да ли је Умерена Тешка Животно угрожавајућа

Навести и описати врсту нежељене реакције _____

6. Исход

Пацијент потпуно опорављен Да Не Непознато

Уколико јесте, навести дужину трајања болести у данима

Пацијент умро Да Не Непознато

Уколико јесте, навести датум смртог исхода

Навести узрок смртог исхода

.....

7. Друга запажања/коментари

Потпис и факсимил доктора медицине

**** Обољења/стања пре појаве болести:**

Хронично респираторно обољење

- Хронична опструктивна болест плућа (ХОБП) укључујући хронични бронхитис и емфизем, бронхиектазије, цистичну фиброзу, интерстицијалну фиброзу плућа, пнеумоконијозу и бронхопулмонарну дисплазију.

Астма

- На пример, астма која захтева непрекидну или понављану употребу бронходилататора, инхалациону или системску терапију кортикостероидима или ранија погоршања астматичног статуса која су захтевала хоспитализацију.

Дијабетес

- Тип 1 дијабетес
- Тип 2 дијабетеса који захтева инсулинску или оралну хипогликемијску терапију

Хронично обољење срца

- Конгенитално обољење срца
- Кардиомиопатија која је последица пролонгиране хипертензије (хипертензија без придруженог обољења срца није фактор ризика)
- Хронична слабост срца
- Особе са исхемијским обољењем срца које су на медикаментозној терапији и/или под сталним надзором лекара

Хронично обољење бубрега

- Хронична бубрежна инсуфицијенција
- Нефротични синдром
- Особе са трансплантираним бубрегом

Хронично обољење јетре

- Цироза
- Билијарна атрезија
- Хронични хепатитис

Хронично неуролошко обољење

- Мождани удар или транзитори исхемијски атак
- Неуромишићно обољење са последичним оштећењем респираторне функције или ризик од аспирације код церебралне парализе или мијастеније гравис

Имунокомпромитоване особе (услед болести или терапије)

- Имунодефицијенција услед примене имunosупресивне терапије или системске терапије кортикостероидима
- Аспленија или дисфункција слезине (анемија српастих ћелија)
- Инфекција вирусом хумане имунодефицијенције или Сечени синдром имунодефицијенције
- Малигна обољења

Гојазност

- БМИ већи од 40 кг/м²

Туберкулоза

- Податак о претходном обољењу или присутни симптоми туберкулозе који захтевају третман.

Трудноћа

- Први триместар
- Други триместар
- Трећи триместар
- Трудноћа непознате гестацијске старости

Друго (навести): _____

ПРИЈАВА АНТИМИКРОБНЕ РЕЗИСТЕНЦИЈЕ
ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: *ESCHERICHIA COLI*, *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

Врста бактерије	
Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв ☐ Ликвор ☐
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки ☐ Женски ☐ Непознат ☐
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија ☐ , Интерна медицина ☐ , Инфективне болести ☐ , Акушерство ☐ , Гинекологија ☐ , Интензивна нега - хируршка ☐ , Интензивна нега - интернистичка ☐ , Ургентни центар ☐ , Хематологија/Онкологија ☐ , Педијатрија ☐ , Неонатологија ☐ , Остало ☐

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Ампицилин или амоксицилин (само <i>E. coli</i>)			
Амоксицилин + клавуланска киселина			
Пиперацилин+тазобактам			
Цефтриаксон			
Цефтазидим			
Цефепим			
Гентамицин			
Амикацин			
Ципрофлоксацин			
Имипенем			
Меропенем			
Дорипенем			
Ертапенем			
Колистин (MIC)			
ESBL			

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.

ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв ☐ Ликвор ☐
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки ☐ Женски ☐ Непознат ☐
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија ☐ , Интерна медицина ☐ , Инфективне болести ☐ , Акушерство ☐ , Гинекологија ☐ , Интензивна нега - хируршка ☐ Интензивна нега - интернистичка ☐ , Ургентни центар ☐ , Хематологија/Онкологија ☐ , Педијатрија ☐ , Неонатологија ☐ , Остало ☐

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Пиперацилин + тазобактам			
Цефтазидим			
Цефепим			
Гентамицин			
Амикацин			
Ципрофлоксацин			
Имипенем			
Меропенем			

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.

ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: ACINETOBACTER SPP.

Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв ☐ Ликвор ☐
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки ☐ Женски ☐ Непознат ☐
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија ☐ , Интерна медицина ☐ , Инфективне болести ☐ , Акушерство ☐ , Гинекологија ☐ , Интензивна нега - хируршка ☐ Интензивна нега - интернистичка ☐ , Ургентни центар ☐ , Хематологија/Онкологија ☐ , Педијатрија ☐ , Неонатологија ☐ , Остало ☐

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Ампицилин + сулбактам			
Пиперацилин + тазобактам			
Цефепим			
Гентамицин			
Амикацин			
Тобрамицин			
Триметоприм + сулфаметоксазол			
Ципрофлоксацин			
Имипенем			
Меропенем			
Дорипенем			
Колистин (MIC)			

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.

ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв ☐ Ликвор ☐
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки ☐ Женски ☐ Непознат ☐
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија ☐ , Интерна медицина ☐ , Инфективне болести ☐ , Акушерство ☐ , Гинекологија ☐ , Интензивна нега - хируршка ☐ Интензивна нега - интернистичка ☐ , Ургентни центар ☐ , Хематологија/Онкологија ☐ , Педијатрија ☐ , Неонатологија ☐ , Остало ☐

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Оксацилин*			
Пеницилин *			
Еритромицин			
Цефтриаксон			
Цефотаксим			
Левифлоксацин			
Клиндамицин			
Ванкомицин			
Триметоприм + сулфаметоксазол			
Норфлоксацин (screen)			

* У случају резистенције на оксацилин, известити вредности MIC за пеницилин и цефтриаксон

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.

ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв ☐ Ликвор ☐
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки ☐ Женски ☐ Непознат ☐
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија ☐ , Интерна медицина ☐ , Инфективне болести ☐ , Акушерство ☐ , Гинекологија ☐ , Интензивна нега - хируршка ☐ Интензивна нега - интернистичка ☐ , Ургентни центар ☐ , Хематологија/Онкологија ☐ , Педијатрија ☐ , Неонатологија ☐ , Остало ☐

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Цефокситин (screen)			
Метицилин			
Рифампицин			
Ципрофлоксацин			
Линезолид			
Ванкомицин (MIC)			
Норфлоксацин (screen)			

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.

ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: ENTEROCOCCUS FAECALIS/FAECIUM

Врста бактерије	
Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв ☐ Ликвор ☐
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки ☐ Женски ☐ Непознат ☐
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија ☐ , Интерна медицина ☐ , Инфективне болести ☐ , Акушерство ☐ , Гинекологија ☐ , Интензивна нега - хируршка ☐ Интензивна нега - интернистичка ☐ , Ургентни центар ☐ , Хематологија/Онкологија ☐ , Педијатрија ☐ , Неонатологија ☐ , Остало ☐

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Ампицилин			
Гентамицин – високе дозе			
Стрептомицин – високе дозе			
Ванкомицин			
Теикопланин			
Линезолид			

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.