

941

Na osnovu člana 30. stav (6) i člana 65. stav (1) tačka f) Zakona o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti Brčko distrikta Bosne i Hercegovine („Službeni glasnik Brčko distrikta Bosne i Hercegovine“, broj 41/20), šef Odjeljenja za zdravstvo i ostale usluge donosi

**PRAVILNIK
O NAČINU PRIJAVLJIVANJA, SADRŽAJU EVIDENCIJE I
SADRŽAJU PRIJAVE O ZARAZNIM BOLESTIMA**

**Član 1.
(Predmet)**

Pravilnikom o načinu prijavljivanja, sadržaju evidencije i sadržaju prijave o zaraznim bolestima (u daljnjem tekstu: Pravilnik) utvrđuje se način prijavljivanja, sadržaj evidencije i sadržaj prijave o zaraznim bolestima na području Brčko distrikta Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Distrikt).

**Član 2.
(Obavezno prijavljivanje)**

Obavezno prijavljivanje, obavještanje i evidentiranje zarazne bolesti vrši se u skladu s članom 30. stav (1) Zakona o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti Brčko distrikta BiH (u daljnjem tekstu: Zakon).

**Član 3.
(Način prijavljivanja)**

- (1) Obavezno prijavljivanje na propisanom obrascu vrši zdravstvena ustanova, na osnovu prijave koju popunjava doktor medicine koji utvrdi slučajeve iz člana 2. ovog pravilnika koji podliježu obaveznom prijavljivanju u rokovima i na način koji je utvrđen ovim pravilnikom.
- (2) Prijavljivanje zaraznih bolesti vrši se pisanim i elektronskim putem.
- (3) Obavezno prijavljivanje oboljenja, stanja i smrti od zaraznih bolesti vrši se:
 - a) pojedinačnom prijavom,
 - b) nultom prijavom,
 - c) hitnom prijavom,
 - d) zbirnom prijavom i
 - e) sistemom za rano upozoravanje i hitno reagovanje (u daljnjem tekstu: ALERT).

**Član 4.
(Dostava prijave)**

- (1) Zdravstvena ustanova koja, na osnovu kliničkog ili mikrobiološkog pregleda doktora medicine, kod lica utvrdi uzročnika zarazne bolesti, odnosno smrti iz člana 30. stav (1) tačke a) i b) Zakona to evidentira i odmah prijavljuje nadležnoj Higijensko-epidemiološkoj službi u Javnoj zdravstvenoj ustanovi „Zdravstveni centar Brčko“ Brčko distrikt BiH (u daljnjem tekstu: JZU).
- (2) Higijensko-epidemiološka služba u JZU dostavlja Pododjeljenju za javno zdravstvo (u daljnjem tekstu: Pododjeljenje) pojedinačne prijave iz stava (1) ovog člana i prijavljuje epidemiju zarazne bolesti.
- (3) Zdravstvena ustanova koja na osnovu kliničkog ili drugog pregleda doktora medicine kod lica utvrdi uzročnika bolesti ili stanje navedeno u članu 30. stav (1) tačke d), e), f), g), h), i), j) i l) Zakona to evidentira i odmah prijavljuje Pododjeljenju.
- (4) Zdravstvena ili druga ustanova, odnosno doktor medicine koji utvrdi postojanje događaja iz člana 30. stav (1) tačka k) Zakona odmah po saznanju da postoji opasnost od nastanka tog događaja, o navedenom događaju obavještava Pododjeljenje, u skladu sa Zakonom.

**Član 5.
(Sadržaj prijave)**

- (1) Pojedinačnom prijavom prijavljuje se:
 - a) oboljenje i stanje zarazne bolesti iz člana 30. stav (1) tačka a) Zakona;
 - b) sumnja da postoji oboljenje od zarazne bolesti propisane članom 30. stav (1) tačka a) Zakona;
 - c) smrt od zarazne bolesti i
 - d) izlučivanje klica i nosilaštvo parazita zaraznih bolesti propisanih članom 30. stav (1) tačka j) Zakona.
- (2) Pojedinačna prijava kojom se prijavljuju slučajevi iz stava (1) ovog

člana, podnosi se na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS I).

- (3) Pojedinačna prijava nosilaštva antitijela na HIV, oboljenja ili smrti od HIV-a/AIDS-a podnosi se na obrascima koji su sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS I, ANEKS II i ANEKS III).
- (4) Pojedinačna prijava kojom se prijavljuje oboljenje ili smrt od malarije i nosilaštvo parazita – uzročnika malarije podnosi se na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS V).
- (5) Na osnovu dostavljene prijave zarazne bolesti, Pododjeljenje o bolesti koja se prenosi putem krvi razmjenjuje podatke sa zdravstvenom ustanovom nadležnom za transfuzijsku djelatnost.

**Član 6.
(Nulta prijava)**

- (1) Nultom prijavom prijavljuje se odsustvo akutne flakcidne paralize, malih boginja – morbila, rubeole, kongenitalnog rubeola sindroma i drugih zaraznih bolesti, u skladu s međunarodnim sanitarnim konvencijama i potvrđenim međunarodnim ugovorima i programima.
- (2) Postupak prijavljivanja nultom prijavom vrši se prema stručno-metodološkim uputstvima, izrađenim u skladu s programima za eliminaciju i eradikaciju zaraznih bolesti, a na obrascu sačinjenom u skladu s preporukama Svjetske zdravstvene organizacije.
- (3) Za akutnu flakcidnu paralizu, prijavu iz stava (1) ovog člana bolnica dostavlja Pododjeljenju sedmično.
- (4) Za morbile, rubeolu i kongenitalni rubeola sindrom te druge zarazne bolesti prijavu iz stava (1) ovog člana nadležna zdravstvena ustanova dostavlja mjesečno.
- (5) Uzorak krvi kod sumnje ili oboljenja od morbila i rubeole šalje se uz obrazac koji se je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS VI).

**Član 7.
(Hitno prijavljivanje)**

- (1) Hitnom prijavom prijavljuje se sumnja da postoji oboljenje od: velikih boginja, kolere, kuge, žute groznice, virusnih hemoragičkih groznica, poliomijelitisa, difterije, malih boginja, botulizma, gripa novog podtipa koja izaziva oboljenje kod ljudi, teškog akutnog respiratornog sindroma, te sumnja na novu nepoznatu zaraznu bolest i na zloupotrebu biološkog agensa.
- (2) Hitno prijavljivanje vrši se odmah po saznanju da postoji sumnja na oboljenje i to: telefonom, elektronskim putem ili na drugi način pogodan za hitno obavještanje, uz istovremeno podnošenje pojedinačne prijave, da postoji sumnja na oboljenje iz stava (1) ovog člana.
- (3) Nakon postavljene radne ili konačne dijagnoze zarazne bolesti, u skladu sa stavom (1) ovog člana, dijagnoza se prijavljuje podnošenjem pojedinačne prijave na obrascu iz člana 5. stav (2) ovog pravilnika.

**Član 8.
(Sedmična zbirna prijava)**

- (1) Sedmičnom zbirnom prijavom, dom zdravlja prijavljuje akutne respiratorne infekcije i infekcije slične gripu, u skladu s definicijama slučaja, na obrascu je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS VII).
- (2) Sedmičnom zbirnom prijavom, bolnica prijavljuje teške akutne respiratorne infekcije, u skladu s definicijama slučaja, na obrascu je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS VIII).
- (3) S početkom zbirnog prijavljivanja prestaje se s prijavljivanjem gripa putem pojedinačnih prijava zaraznih bolesti.
- (4) Smrt od teške akutne respiratorne infekcije bolnica odmah telefonski prijavljuje Pododjeljenju i dalje postupa u skladu s uputstvima Pododjeljenja.
- (5) Zdravstvene ustanove uključene u sentinel nadzor prijavu smrti vrše preko imenovanog sentinel koordinатора postupajući dalje u skladu s uputstvima Pododjeljenja.
- (6) Područja u Distriktu koja budu uključena u sentinel nadzor nad gripom, uzorkuju brisove od oboljelih u skladu s uputstvom i preporukama Pododjeljenja.
- (7) Prijavljivanje u skladu sa stavovima (1) i (2) ovog člana, traje od 40. sedmice tekuće godine do 20. sedmice naredne godine.
- (8) Uzorak brisa grla i nosa kod pacijenata s teškom akutnom respiratornom infekcijom (SARI) se uzima u skladu s instrukcijom Pododjeljenja koja je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS IX).

**Član 9.
(Sistem ALERT)**

- (1) Sistem za rano upozoravanje i hitno reagovanje – ALERT se pro-

vodi na teritoriji na kojoj Pododjeljenje procijeni da postoji opasnost od pojave zarazne bolesti koja predstavlja prijetnju po javno zdravstvo od međunarodne važnosti, prema sljedećim karakteristikama:

- a) pojava zarazne bolesti ima ozbiljan javno-zdravstveni uticaj,
 - b) pojava zarazne bolesti predstavlja neuobičajen ili neočekivan događaj,
 - c) s pojavom zarazne bolesti postoji ozbiljan rizik da se neuobičajeno brzo proširuje,
 - d) s pojavom zarazne bolesti postoji ozbiljan rizik koji bi mogao dovesti do uvođenja ograničenja prekograničnog putovanja ili prometa.
- (2) Prijavljivanje ALERT-om počinje odmah po saznanju da postoji opasnost od nastanka slučaja utvrđenog u stavu (1) ovog člana.
- (3) Opasnost od pojave zarazne bolesti utvrđene u stavu (1) ovog člana doktor medicine prijavljuje Pododjeljenju odmah po saznanju da postoji sumnja na zaraznu bolest, telefonskim i elektronskim putem.
- (4) Higijensko-epidemiološka služba JZU dostavlja Pododjeljenju, najkasnije u roku od 24 sata od prijave sumnje na zaraznu bolest od doktora medicine, u skladu sa stavom (1) ovog člana, sljedeće podatke:
- a) vrijeme i mjesto pojave zarazne bolesti, klinički opis nastale zarazne bolesti i trenutno stanje oboljelog, laboratorijske rezultate oboljelog, izvore i vrste rizika, ukupan broj oboljelih od navedene zarazne bolesti, broj smrtnih slučajeva nastalih od navedene zarazne bolesti, uslove koji utiču na širenje oboljenja i mjere za provođenje trenutnih mjera kontrole,
 - b) zdravstvene mjere koje su preduzete kao odgovor na opasnost iz tačke a) ovog stava,
 - c) druge informacije koje su od značaja za procjenu činjenica, prevenciju i odgovor na širenje zarazne bolesti.
- (5) Informacija o pojavi zarazne bolesti iz stava (1) ovog člana Pododjeljenju se dostavlja bez odgađanja u roku iz stava (4) ovog člana i u slučaju da dijelovi podataka nedostaju.

Član 10.

(Procjena pojave zarazne bolesti)

- (1) Na osnovu dobijenih podataka iz Higijensko-epidemiološke službe JZU, Pododjeljenje obavlja procjenu pojave zarazne bolesti, u skladu s članom 9. stav (1) ovog pravilnika.
- (2) Putem najefikasnijeg dostupnog sredstva komunikacije, Pododjeljenje procjenu iz stava (1) ovog člana dostavlja šefu Odjeljenja za zdravstvo i ostale usluge (u daljnjem tekstu: šef Odjeljenja) na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS X).
- (3) Na obrascu iz stava (2) ovog člana, Pododjeljenje šefu Odjeljenja dostavlja podatke o svakom događaju iz svoje nadležnosti, koji na teritoriji Distrikta može činiti prijetnju po javno zdravstvo od međunarodne važnosti, te o zdravstvenim mjerama preduzetim kao odgovor na ovaj događaj.
- (4) Pored podataka navedenih u stavovima (2) i (3) ovog člana, Pododjeljenje šefu Odjeljenja pravovremeno dostavlja i sljedeće podatke:
 - a) definiciju slučaja zarazne bolesti, s vrstom i porijeklom uzročnika zarazne bolesti te metodama otkrivanja i potvrđivanja zarazne bolesti,
 - b) laboratorijske rezultate uzoraka poslanih na mikrobiološku ili drugu laboratorijsku analizu,
 - c) izvore, puteve i druge karakteristike prenosa zarazne bolesti,
 - d) broj slučajeva oboljelih i broj umrlih na području na kojem je evidentirana zarazna bolest,
 - e) okolnosti koje utiču na širenje zarazne bolesti,
 - f) podatke o preduzetim zdravstvenim i drugim mjerama radi suzbijanja zarazne bolesti,
 - g) potrebna sredstva radi suzbijanja zarazne bolesti,
 - h) sve druge podatke značajne za zaraznu bolest označene kao moguća prekogranična javnozdravstvena prijetnja.
- (5) Organizaciju, učesnike i postupke u sistemu prijavljivanja ALERT-om uređuje Pododjeljenje kroz standardne operativne postupke za sistem ranog upozoravanja.

Član 11.

(Dostava podataka)

- (1) Zdravstvena ustanova Pododjeljenju hitnim prijavljivanjem dostavlja podatke o zaraznoj bolesti koja predstavlja moguću prijetnju po javno zdravstvo od međunarodne važnosti.
- (2) Sadržaj podataka iz stava (1) ovog člana podrazumijeva kvantitativne i kvalitativne podatke koji se iz navedenog izvora mogu prikupiti.

- (3) Pododjeljenje obavlja validaciju i procjenu prikupljenih podataka i u slučaju potvrde, bez odgađanja obavještava šefa Odjeljenja.
- (4) Pododjeljenje priprema, te zdravstvenim ustanovama i šefu Odjeljenja dostavlja, mjesečni izvještaj o prijavama zaraznih bolesti iz neformalnih izvora komunikacije.

Član 12.

(Dijagnoza zarazne bolesti)

- (1) Prijavljivanje zarazne bolesti vrši se na osnovu kliničke, odnosno laboratorijske dijagnoze, a prema definiciji slučaja.
- (2) Dijagnoza zarazne bolesti upisuje se na latinskom jeziku i šifrira se prema posljednjoj važećoj Međunarodnoj klasifikaciji bolesti.
- (3) Ako se prijavljivanje zarazne bolesti vrši na osnovu kliničke dijagnoze, pojedinačna prijava podnosi se u roku od 24 sata od postavljanja dijagnoze, kao moguć ili vjerovatan slučaj, zavisno od usvojene definicije slučaja za datu bolest.
- (4) U slučaju kada je, radi postavljanja dijagnoze, preduzeto i mikrobiološko ili laboratorijsko ispitivanje, prijava zarazne bolesti podnosi se u roku od 24 sata od dobijanja konačnih laboratorijskih nalaza, a ukoliko je utvrđen uzročnik zarazne bolesti, bolest se prijavljuje kao potvrđen slučaj.

Član 13.

(Knjiga prijava)

- (1) Doktor medicine dostavlja prijavu oboljenja i smrti od zarazne bolesti, izuzev prijave oboljenja i smrti od HIV-a, odnosno AIDS-a, Higijensko-epidemiološkoj službi JZU, koje se uvode u knjigu prijava zaraznih bolesti na obrascu je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XI).
- (2) Prijave iz stava (1) ovog člana, Higijensko-epidemiološka služba dostavlja Pododjeljenju, kod kojeg se uvode u knjigu prijava zaraznih bolesti i u elektronsku bazu prijava zaraznih bolesti.
- (3) U okviru epidemiološkog nadzora za područje Distrikta, Pododjeljenje priprema sedmični pregled prijava zaraznih bolesti u Distriktu.
- (4) U okviru epidemiološkog nadzora za područje Distrikta, Pododjeljenje priprema mjesečni izvještaj prijava zaraznih bolesti u Distriktu, koji sadrži:
 - a) epidemiološke i mikrobiološke podatke prijava zaraznih bolesti za navedeni mjesec,
 - b) tumačenja navedenih podataka,
 - c) preporuke za dalje aktivnosti sprečavanja zaraznih bolesti.

Član 14.

(Lični podaci)

Lični podaci na prijavi o zaraznim bolestima obrađuju se i koriste u skladu s propisima kojima se uređuje zaštita ličnih podataka.

Član 15.

(Prijava HIV, odnosno AIDS)

- (1) Prijave oboljenja ili smrti od HIV-a, odnosno AIDS-a, kao i nosioca antitijela na HIV, nakon potvrđene dijagnoze, na propisanom obrascu s identifikacionim kodom popunjava i podnosi doktor medicine, specijalista infektologije, u dva primjerka, i u zapečaćenim koverta dostavlja Pododjeljenju.
- (2) Ako je riječ o nosiocu HIV infekcije, a u kasnijem periodu nastupi razvoj stečenog nedostatka imuniteta, vrši se i prijava AIDS-a, na istom obrascu i s istim identifikacionim kodom.

Član 16.

(Prijava tuberkuloze)

- (1) Kod prijavljivanja obolijevanja ili smrti od tuberkuloze, pored pojedinačne prijave na obrascu navedenom u Aneksu I ovog pravilnika, obavezno se podnosi i dodatna prijava za tuberkulozu na obrascu je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XII).
- (2) Odjava o ishodu liječenja tuberkuloze se podnosi na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XIII).
- (3) Prijave iz stava (1) ovog člana u dva primjerka popunjava doktor medicine, specijalista pulmologije, koji je postavio dijagnozu u skladu s definicijom slučaja, i istu putem Higijensko-epidemiološke službe JZU dostavlja Pododjeljenju.
- (4) Odjavu iz stava (2) ovog člana popunjava doktor medicine specijalista pulmologije koji, u skladu s definicijom ishoda liječenja, konstatuje ishod bolesti i istu dostavlja putem Higijensko-epidemiološke

službe JZU Pododjeljenju.

- (5) Podatke iz prijave iz stavova (1) i (2) ovog člana doktor medicine specijalista pulmologije evidentira u bazi podataka osoba oboljelih od tuberkuloze, a Higijensko-epidemiološka služba JZU u evidenciju oboljelih od tuberkuloze na obrascu je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XIV).

Član 17.

(Prijava rezistencije bakterija)

- (1) Rezistencija bakterija na antimikrobne lijekove iz bolničkih primarno sterilnih izolata prijavljuje se Pododjeljenju na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XV).
- (2) Obrazac iz stava (1) ovog člana popunjava doktor medicine iz laboratorije u kojoj je utvrđena rezistencija na antimikrobne lijekove.

Član 18.

(Prijava bjesnila)

- (1) Prijava izloženosti, odnosno kontakta s bjesnom ili na bjesnilo sumnjivom životinjom vrši se u skladu s obrascem koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XVI).
- (2) Zdravstvena ustanova koja utvrđuje rizik od izloženosti kontakta sa bjesnom ili na bjesnilo sumnjivom životinjom popunjava prijavu iz stava (1) ovog člana i dostavlja u Higijensko-epidemiološku službu JZU i Pododjeljenju, a pacijenta upućuje na infektivnu kliniku, odnosno odjel, gdje se postavlja indikacija za postekspozicioni antirabični tretman.
- (3) Nakon što infektolog postavi indikacije za provođenje postekspozicione antirabične zaštite, na infektivnoj klinici, odnosno odjelu daje se prva doza vakcine i antirabični imunoglobulin, nakon toga se pacijent upućuje u nadležni dom zdravlja JZU, u kojem se nastavlja antirabični tretman ostalim dozama.
- (4) Zdravstvena ustanova koja prijavljuje kontakt s bjesnom ili na bjesnilo sumnjivom životinjom, nadležnoj inspekciji i organu nadležnom za poslove veterinarstva na području Distrikta dostavlja zahtjev za nadzor i pregled životinje s kojom je lice bilo u kontaktu, a obrazac zahtjeva se nalazi na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XVII).
- (5) Nadležna inspekcija u saradnji s organom nadležnim za poslove veterinarstva na području Distrikta dostavlja podatke o obavljenom nadzoru Higijensko-epidemiološkoj službi JZU, koja u skladu s rezultatima veterinarskog nadzora sprovodi dalji antirabični tretman.
- (6) Nakon provedenog antirabičnog tretmana, JZU dostavlja Pododjeljenju prijavu o provedenom antirabičnom tretmanu, na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XVIII).

Član 19.

(Prijava epidemije)

- (1) Prijavu epidemije zarazne bolesti popunjava doktor medicine Higijensko-epidemiološke službe JZU koji utvrdi epidemiju, na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XIX).
- (2) Epidemija zarazne bolesti prijavljuje se odmah, a najkasnije u roku od 24 sata od utvrđivanja epidemije, pri čemu zdravstvena ustanova prijavu s kratkim podatkom o pojavi epidemije dostavlja Pododjeljenju.
- (3) Podatak o pojavi epidemije zaraznih bolesti s procjenom rizika daljnjeg razvoja epidemije, Pododjeljenje dostavlja šefu Odjeljenja, najkasnije u roku od 48 sati nakon što Higijensko-epidemiološka služba JZU prijavi epidemiju.
- (4) O pojavi epidemije Higijensko-epidemiološka služba JZU koja je prijavila epidemiju odmah pismeno obavještava nadležnu inspekciju, u zavisnosti od izvora zaraze i puteva prenošenja uzročnika epidemije.

Član 20.

(Odjava epidemije)

- (1) Odjavu epidemije zarazne bolesti popunjava doktor medicine Higijensko-epidemiološke službe JZU kada se utvrdi prestanak epidemije, na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XX).
- (2) Odjava epidemije zarazne bolesti vrši se po isteku dvostrukog najdužeg inkubacionog perioda određenog za zaraznu bolest koja je prouzrokovala epidemiju i podnosi se Pododjeljenju.
- (3) Uz obrazac o odjavi epidemije zdravstvena ustanova Pododjeljenju dostavlja i konačan završni izvještaj o epidemiji.
- (4) Podatak o pojavi epidemije zaraznih bolesti s procjenom rizika daljnjeg razvoja epidemije Pododjeljenje dostavlja šefu Odjeljenja,

ja, najkasnije u roku od 48 sati od kada je zdravstvena ustanova odjavila epidemiju.

- (5) U okviru epidemiološkog nadzora u Distriktu, Pododjeljenje priprema, i u okviru svog mjesečnog izvještaja, šefu Odjeljenja dostavlja podatke o prijavljenoj i odjavljenoj epidemiji u Distriktu.

Član 21.

(Antropozoonoza)

Pododjeljenje mjesečno obavještava organ nadležan za poslove veterinarstva na području Distrikta o kretanju zoonoza u Distriktu i o vrsti i pojavi prijavljenih antropozoonoza.

Član 22.

(Prijava intrahospitalne infekcije)

- (1) Prijavu infekcija povezanih s pružanjem usluga zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: intrahospitalne infekcije) popunjava doktor medicine zdravstvene ustanove u kojoj je infekcija nastala, na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XXI).
- (2) Prijavu iz stava (1) ovog člana, tijelo ili lice nadležno za prevenciju intrahospitalnih infekcija u zdravstvenoj ustanovi dostavlja Pododjeljenju najkasnije u roku od 48 sati od potvrđivanja prijave.

Član 23.

(Prijava laboratorijski utvrđenog uzročnika)

- (1) Prijavu o laboratorijski utvrđenom uzročniku zarazne bolesti, sa spiska zaraznih bolesti obaveznih za prijavljivanje u skladu s definicijom slučaja, popunjava doktor medicine u laboratoriji u kojoj je utvrđen uzročnik zarazne bolesti i dostavlja je nadležnoj Higijensko-epidemiološkoj službi JZU.
- (2) Prijava se podnosi na području na kojem se nalazi laboratorija u kojoj je utvrđen uzročnik zarazne bolesti, na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XXII).
- (3) Prijavljivanje laboratorijski utvrđenog uzročnika zarazne bolesti vrši se u roku od 24 sata od utvrđivanja uzročnika.

Član 24.

(Povratni podaci)

- (1) S ciljem efikasnosti rada cjelokupnog sistema nadzora, obavještavanja učesnika u sistemu prijavljivanja zaraznih bolesti te verifikacije i eventualne ispravke podataka, Pododjeljenje dostavlja sedmične povratne podatke u svom području provođenja nadzora nad zaraznim bolestima, zdravstvenoj ustanovi i doktoru medicine koji je dostavio prijavu zarazne bolesti.
- (2) Povratni podaci su jasni i redovni, i mogu se dati kroz posjetu, zatim u pismenom, telefonskom ili elektronskom obliku ili na bilo koji drugi način koji odgovara datoj situaciji.
- (3) U slučaju da se povratni podaci dostavljaju u obliku tabela, one sadrže i odgovarajuće objašnjenje tabelarnih podataka.
- (4) Načine razmjene podataka o pojavi zaraznih bolesti, načinu verifikacije podataka, epidemiološkog istraživanja zarazne bolesti i preduzimanja odgovarajućih mjera, uređuje Pododjeljenje kroz standardne operativne procedure za sistem nadzora nad zaraznim bolestima.

Član 25.

(Sadržaj godišnjeg izvještaja)

- (1) Godišnji izvještaj o ukupnom kretanju zaraznih bolesti na teritoriji Distrikta Pododjeljenje dostavlja šefu Odjeljenja najkasnije do 31. marta tekuće godine za prethodnu godinu, u skladu sa Zakonom.
- (2) Izvještaj iz stava (1) ovog člana sadrži:
- kratki opis izvještaja;
 - pregled kretanja zaraznih bolesti u prethodne četiri godine;
 - opće podatke o načinu i metodologiji verifikacije i analizi prikupljenih podataka;
 - godišnji pregled kretanja sljedećih zaraznih bolesti sa tumačenjem podataka za:
 - respiratorne zarazne bolesti,
 - seksualno prenosive zarazne bolesti,
 - zarazne bolesti koje se prenose zaraženom hranom i vodom i zoonoze,
 - vektorski prenosive zarazne bolesti i karantinske bolesti,
 - vakcinacijom preventivne zarazne bolesti,
 - zarazne bolesti koje su povezane s antimikrobnom rezistencijom i intrahospitalne infekcije,
 - podatke o epidemijama zaraznih bolesti;

e) zaključak i preporuke.

Član 26.
(Stupanje na snagu)

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Brčko distrikta Bosne i Hercegovine“.

Broj predmeta: 02-000072/21

Broj akta: 05-1535AM-0014/23

Datum, 31. 5. 2023. godine

Mjesto, Brčko

ŠEF ODJELJENJA
Mr. sc. Asmir Mujanović, dipl. oec., s. r.

ANEKS I

BRČKO DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____

Mjesto: _____

Ulica i broj: _____

Elektronska pošta: _____

Organizaciona jedinica: _____

Općina/grad: _____

Telefon/faks:

Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

PRIJAVA OBOLJENJA – SMRTI OD ZARAZNE BOLESTI

PODACI O BOLESNIKU

1. _____
(Prezime, očevo ime i ime)

2. JMB

[illegible]

3. Dan, mjesec i godina rođenja

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

4. Spol: muški 1 ženski 2

5. Gdje je bolesnik zaposlen ili se školuje: _____

6. Posao koji obavlja (detaljno): _____

7. Prebivališče bolnika: _____

8. Putovanje koje je prethodilo bolesti ili koje je trajalo tokom početka bolesti:

PODACI O BOLESTI

9. Dijagnoza (radna): _____

10. Datum početka obolenja: (dd/mm/yyyy)

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

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

11. Materijal uzet za laboratorijsku dijagnozu: DA-1 NE-2

12. Bolesnik je:

upućen u bolnicu	DA-1	NE-2
------------------	------	------

izolovan	DA-1	NE-2
----------	------	------

stavljen pod zdravstveni nadzor	DA-1	NE-2
---------------------------------	------	------

13. Bolest utvrđena:

klinički (dd/mm/gggg)

DA-1

NE-2

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

laboratorijski (dd/mm/gggg)

DA-1

NE-2

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

14. Datum smrti: (dd/mm/gggg)

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

15. Uzročnik: _____

16. Dijagnoza (konačna): _____ Šifra (MKB): _____

17. Bolesnik vakcinisan protiv ove bolesti (isključivo na osnovu uvida u medicinsku dokumentaciju):

NE1

DA – potpuno.....2

– nepotpuno.....3

NEMA DOSTUPNIH PODATAKA4

VAKCINACIJA NIJE OBAVEZNA5

18. Datumi vakcinacije i revakcinacije: _____

19. Klasifikacija slučaja: moguć vjerovatan potvrđen

20. Komentar:

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

ANEKS II

BRČKO DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____

Datum prijave: ____/____/____

Općina/grad: _____

Registarski broj: _____

Područje: _____

/ustanova koja prijavljuje/

PRIJAVA OBOLJENJA OD HIV-a/AIDS-a

(NAPOMENA: Potrebno je popuniti sve rubrike)

Opći podaci

Šifra oboljelog: _____

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

Dan/mjesec/godina rođenja

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

Spol: M ☐ Ž ☐

Mjesto stalnog boravka: _____

Zemlja rođenja: _____

Državljanin: _____

Zemlja boravka u vrijeme dijagnosticiranja bolesti (navesti državu): _____

Zdravstveni podaci

Dijagnoza koja se prijavljuje i datum dijagnoze:

☐ HIV infekcija (nije AIDS) ____/____/____☐ AIDS ____/____/____

Dob pacijenta kod postavljanja dijagnoze: _____

☐ Novi

Datum prvog pozitivnog testa: ____/____/____

☐ Ponovna registracija

Datum posljednjeg pozitivnog testa: ____/____/____

☐ Nepoznato

Vitalni status:

☐ Živ☐ Umro

Datum smrti: ____/____/____

☐ Nepoznato

Mjesto/država u kojoj je registrovana smrt: _____

Ocjena porijekla slučaja: Autohton

Importovan (navesti državu): _____

Faktori rizika

(NAPOMENA: Označiti sve što se odnosi na lice iz prijave.)

Transmisiona kategorija (označiti):

- ☐ Lice oboljelo od hemofilije
- ☐ Heteroseksualno lice
- ☐ Intravenski korisnik droga (dokumentovano HIV poz.)
- ☐ Homoseksualno ili biseksualno lice
- ☐ Sa majke na dijete
- ☐ Nozokomijalna transmisija
- ☐ Transmisija putem transfuzije
- ☐ Nepoznato
- ☐ Ostalo (navesti) _____

Transmisioni partner (označiti):

- ☐ Partner homoseksualno ili biseksualno lice
- ☐ Heteroseksualni partner porijeklom iz zemlje sa HIV/AIDS epidemijom
- ☐ Heteroseksualni partner porijeklom iz zemlje bez HIV/AIDS epidemije
- ☐ Partner koji je intravenski korisnik droga
- ☐ Partner koji je inficiran putem transmisije sa majke na dijete
- ☐ Partner inficiran nozokomijalnim putem
- ☐ Partner obolio od hemofilije
- ☐ Partner inficiran putem krvnih produkata
- ☐ Partner nepoznat

Laboratorijski nalazi

HIV tip (označiti): ☐ HIV 1 ☐ Koinfekcija HIV 1 i HIV 2 ☐ HIV 2 ☐ Nepoznato

Anti-HIV testovi kod postavljanja dijagnoze (prvi test)

	Pozitivan	Negativan	dd/mm/gg	Nije raden
HIV-1 (EIA)	☐	☐		☐
HIV-1/ HIV-2 combin EIA	☐	☐		☐
HIV-1 Western blot/IFA	☐	☐		☐
Drugi anti-HIV test (navesti)	☐	☐		☐

Ako HIV laboratorijski test nije dokumentovan, da li je HIV dijagnozu dokumentovao doktor medicine:

Da ☐ Ne ☐ Nepoznato ☐

Ako jeste, navesti datum dokumentacije od doktora (mm/gggg)

Imunološki testovi:

Prve vrijednosti

CD 4 ćelija/mlCD 4% Datum testa:

Posljednje vrijednosti

CD 4 ćelija/ mlCD 4% Datum testa: Posljednja vrijednost virusne težine (količina krvi oboljelih / *virus load*) kopija/ mlDatum određivanja posljednje vrijednosti virusne težine:

Klinički stadij kod postavljanja dijagnoze (označiti):

- ☐ Akutna HIV infekcija (označiti): ☐ Asimptomatska ☐ Simptomatska, nije AIDS ☐ Nije AIDS, nije drugačije ☐ AIDS ☐ Nepoznato
- ☐ Serokoverzija
- ☐ Posljednji negativni test unutar 6 mjeseci od postavljanja HIV dijagnoze
- ☐ Potvrđeno p24 antigen testom
- ☐ Potvrđeno Western Blot testom
- ☐ Bez dodatnih dokaza o akutnoj infekciji

AIDS indikatori bolesti (navesti, shodno definiciji slučaja evropskog AIDS nadzora iz 1993. godine)

Dijagnoza postavljena:	dd/mm/gg	dd/mm/gg
A.		
1 Bakterijske infekcije, multiple ili rekurentne kod djece mlađe od 13 godina		16 Pneumocystis carinii / jirovecii pneumonia
2 Kandidijaza bronha, traheje ili pluća		17 Pneumonija, rekurentna kod odraslih i adolescenata starijih od 13 godina*
3 Ezofagealna kandidijaza		18 Progresivna multifokalna leukoencefalopati
4 Kokcidiodiomikoza, diseminirana ili vaopljučna		19 Salmonella (non typhoid) septikemija rekurentna
5 Vanplućna (ehtrapulmon. kriptokokoza)		20 Toksoplazmoza mozga kod bolesnika koji imaju više od mjesec dana
6 Kriptosporidioza		B. Druga oboljenja

7	Cytomegalovirus (izazev jatre, slijezine ili limfonoda) kod bolesnika koji imaju više od mjesec dana.		21	Karcinom cerviksa, invazivni kod odraslih i adolescenata koji imaju više od 13 godina*	
8	Cytomegalovirus retinitis (sa gubitkom vida)		22	HIV encefalopatija	
9	Herpes simplex: chronic ulcer(s) (duže od mjesec dana); ili bronhitis, pneumonitis, ili ezofagitis kod bolesnika koji imaju više od mjesec dana.		23	Kaposijev sarkom	
10	Histoplazmoza diseminovana ili vanplućna		24	Limfoidna intersticijska pneumonija kod djece koja imaju više od 13 godina	
11	Isoporiasis, crijevna sa dijarejama (duže od 1 mjesec)		25	Limfom „Burkitt“ (ili sličan pojam)	
12	Mycobacterium avium complex ili M. kansasii, diseminovana ili vanplućna		26	Limfom limfoblastični (ili sličan pojam)	
13	Mycobacterium tuberculosis, plućna kod odraslih i adolescenata koji imaju više od 13 godina		27	Primarni limfom mozga	
14	Mycobacterium tuberculosis, diseminovana ili vanplućna		28	Sindrom kaheksije izazvan sa HIV	
15	Mycobacterium, druge ili neidentifikovane vrste, diseminovana ili vanplućna		C. Indikatori oboljenja sa nekompletnim podacima (Koristi se samo kad potpuni podaci nisu na raspolaganju)		
Ostalo _____			29	Oportunistička infekcija(e), nespecifična	
			30	Limfom(i), nespecifična	

Terapija i zdravstveno prosvjeđivanje

Da li je pacijent bio upoznat sa svojom HIV infekcijom? Da ☐ Ne ☐ Nepoznato ☐

Njegov/njen partner će biti upoznat sa svojom izloženosti HIV-u i savjetovan od:

☐ Zdravstvene ustanove ☐ Doktora ☐ Pacijenta ☐ Nepoznato ☐ Pacijent je pod nadzorom: Infektivna klinika odjel za HIV

☐ Centar za zavisnost

Anti-HIV/AIDS liječenje _____

Anti-HIV/AIDS Da ☐ Ne ☐

Ako je odgovor DA, navesti datum početka liječenja: ____/____/____

Vrsta liječenja (HAART, dvojna ili monoterapija): _____

Datum posljednje kontrole: ____/____/____

Za žene.

Da li je ta pacijentica bila ili je upućena na ginekološki pregled? Da ☐ Ne ☐ Nepoznato ☐

Da li je trudna? Da ☐ Ne ☐ Nepoznato ☐

Da li je rađala živorođenu djecu?	Da ☐	Ne ☐	Nepoznato ☐
Ako je odgovor DA, navesti podatke o tome:			

Datum: ____/____/____

M. P.

Potpis i faksimil doktora medicine

ANEKS III

BRČKO DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____

Datum prijave:

Općina/grad: _____

Registarski broj: _____

Vrsta prijave: _____

prva

ponovna

PEDIJATRIJSKA PRIJAVA OBOLJENJA – SMRTI OD HIV-a/AIDS-a

(pacijenti mlađi od 13 godina kod postavljanja dijagnoze HIV-a/AIDS-a)

NAPOMENA: Potrebno popuniti sve rubrike.

I Podaci o pacijentu

Šifra pacijenta:

Pol: _____

muški

ženski

Datum rođenja:

Sadašnje prebivalište pacijenta:

Grad/općina: _____

Država: _____

Prijavljuje se:

Perinatalna izloženost HIV infekciji

AIDS

Datum zadnjeg pregleda

☐☐

mj.

god.

Potvrđena HIV infekcija

Seroreverter*

Godina dijagnosticiranja:

HIV infekcija (nije AIDS)

dd/mm/gg

AIDS

dd/mm/gg

živ

umro

nepoznato

Vitalni status:

Datum smrti:

Država/grad umiranja: _____

II Pacijentova/majčina historija (popunjavaju se sve kategorije)

HIV status pacijentove biološke majke (označiti samo jedno):

☐

Odbila testiranje na HIV

☐

Bila neinficirana nakon rođenja djeteta

☐

HIV status nepoznat

Dijagnosticiran HIV/AIDS:

☐

Prije trudnoće

☐

Tokom trudnoće

☐

Nakon rođenja djeteta

☐

Poslije rođenja djeteta

☐

Prije rođenja djeteta, ne zna se kad

☐HIV infekcija, vrijeme
dijagnosticiranja nepoznato

Datum majčinog

pozitivnog HIV testa:

dan.

mj.

god.

Majci je preporučeno HIV

testiranje tokom trudnoće, poroda?

Da ne

nepoznato

Da li je djetetova biološka majka ikad:		da	ne	nepoz.
1. Koristila intravenske droge		☐	☐	☐
2. Imala HETEROSEKSUALNE odnose sa:				
- korisnikom intravenskih droga		☐	☐	☐
- biseksualnim muškarcem		☐	☐	☐
- muškarcem sa hemofilijom ili poremećajem zgrušavanja krvi		☐	☐	☐
- primaocem HIV inficirane transfuzije krvi i transplantata		☐	☐	☐
3. Primila transfuziju krvi/krvnih komponenti (izuzev fakt. zgrušavanja)		☐	☐	☐
4. Primila transplantirano tkivo/organ ili imala vanjcesnu oplodnju		☐	☐	☐

Prije dijagnosticiranja HIV/AIDS djetete je:		da	ne	nepoz.
1. Primalo faktore zgrušavanja za hemofiliju/poremećaj koagulacije		☐	☐	☐
2. Primalo transfuziju krvi/krvnih komponenti (izuzev fakt. zgrušavanja)		☐	☐	☐
- Prva transfuzija (dd/mm/gg)		☐	☐	☐
- Zadnja transfuzija (dd/mm/gg)		☐	☐	☐
3. Primalo transplantate tkiva/organa		☐	☐	☐
4. Koristilo intravenske droge		☐	☐	☐
5. Ostalo (navesti) _____		☐	☐	☐

*seroreverter – prenesena majčina antitijela

III Laboratorijski podaci

Anti-HIV testovi kod postavljanja dijagnoze (navesti sve testove, uključujući prvi pozitivan)

	pozitivan	negativan	neodređeno	nije raden	Datum testiranja	
					mj.	god.
HIV-1 EIA-----	☐	☐	☐	☐		
HIV-1 EIA-----	☐	☐	☐	☐		
HIV-1/HIV-2 kombinovana EIA	☐	☐	☐	☐		
HIV-1/HIV-2 kombinovana EIA	☐	☐	☐	☐		
HIV-1 Western blot/IFA -----	☐	☐	☐	☐		
HIV-1 Western blot/IFA -----	☐	☐	☐	☐		
Drugi HIV testovi (navedi) ---	☐	☐	☐	☐		

HIV testovi za otkrivanje (navesti sve testove)		Datum testiranja		poz.	neg.	neodr.	nije raden	Datum testiranja	
poz.	neg.	neodr.	n. rad.					mj.	god.
HIV kulture	☐	☐	☐	☐					
HIV kulture	☐	☐	☐	☐					
HIV antigen test	☐	☐	☐	☐					
HIV DNA PCR	☐	☐	☐	☐					
HIV DNA PCR	☐	☐	☐	☐					
HIV RNA	☐	☐	☐	☐					

HIV antigen test ☐ ☐ ☐ ☐	PCR HIV RNA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Ostalo (navesti) _____	

Testovi za otkrivanje virusa			
Tip testa*	Otkriven	nalaz/ml	Datum testa
	da ne		mj. god.
	da ne		mj. god.

* Tip: 10. NASABA (Organon)
 11. RT – PCR (Roche)
 12. bDNA (Chiron)
 20. ostali

Imunološki testovi (trenutni status)			
		Datum testa	
		dan mj. god.	
CD 4 broj ☐			
CD 4 broj ☐			
CD 4% ☐			
CD 4% ☐			

Ako je HIV test bio negativan, ili nije urađen, ili ako je pacijent mlađi od 18 mjeseci, da li je moguće da to dijete ima imunodeficijenciju koja isključuje AIDS?
 da ne nepoz. ☐ ☐ ☐

Ako laboratorijski test nije dokumentovan, da li postoji ljekarski nalaz o:
 da ne nep. Datum dokumenta
 dan mj. god.
 HIV infekciji
 da nema HIV infekcije

IV Klinički stadij			
AIDS indikatori bolesti	Datum dijagnoze	Datum dijagnoze	
	mj. god.		mj. god.
1. Bakterijske infekcije, multiple ili rekurentne (uključuje septicemiju izazvanu salmonelom)		13. Kaposijev sarkom	
2. Kandidijaza bronha, traheje ili pluća		14. Limfoidna intersticijska pneumonija i/ili pulmonalna limfoidna hiperplazija	
3. Ezofagealna kandidijaza		15. Limfom „Burkitt“ (ili sličan pojam)	
4. Kokcidiodiomikoza, diseminirana ili izvan pluća		16. Limfom limfoblastični (ili sličan pojam)	
5. Kriptokokoza, vanplućna		17. Limfom mozga, primarni	
6. Kriptosporidoza hronična intestinalna (trajanje > od mjesec dana)		18. Mycobacterium avium complex ili M. kansasii, diseminovana ili vanplućna	
7. Citomegaloviroza (izuzev jetre, slejzine ili limfonoda) kod > od mjesec dana		19. Mycobacterium tuberculosis, diseminovana ili vanplućna	
8. Citomegalovirusni retinitis (sa gubitkom vida)		20. Mycobacterium, druge ili neidentifikovane vrste, diseminovana ili vanplućna	

9. HIV encefalopatija 10. Herpes simpleks hronični ulcerozni (trajanje > od mjesec dana) bronhitis, pneumonija, czoofagitis, kod starijih od mjesec dana 11. Histoplazmoza diševnog ili vanplućna 12. Izosporijaza, hron. intestinalna (trajanje > od mjesec dana) 	21. Pneumocistis carini pneumonia 22. Progressivna multifokalna leukoencefalopatija 23. Toksoplazmoza mozga. (trajanje > od mjesec dana) 24. Sindrom kuheksije izazvan HIV infekcijom 			
Da li je dijagnosticirana da ne nep. Ako jeste, navesti dijagnozu i datum dan mj. god. tuberkuloza pluća 				
V Historija rođenja (samo za perinatalne slučajeve) Historija rođenja je dostupna da ne nepoznato Ako nije, pređite na poglavlje VI				
Bolnica u kojoj je dijete rođeno: Grad/općina: Bolnica: Država: 				
Prebivalište u trenutku rođenja: Grad/općina: Država: 				
Porodajna težina: grama	Vrsta poroda jednoplodni blizanci > 2 nepoznato Način poroda vaginalni carski rez Defekti na rođenju da ne nepoznato Ako da (navedi):	Neonatalni status: porod u terminu prijevremeni sedmica ranije		
Prenatalni pregledi: mjesec trudnoće pri prvom pregledu ukupan broj posjeta doktoru tokom trudnoće				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) tokom trudnoće? odbila da ne nepoz. Ako jeste, u kojoj sedmici trudnoće je počela sa terapijom? </td> <td style="width: 50%;"> Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) tokom porođaja? odbila da ne nepoz. Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) prije trudnoće? </td> </tr> </table>			Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) tokom trudnoće? odbila da ne nepoz. Ako jeste, u kojoj sedmici trudnoće je počela sa terapijom? 	Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) tokom porođaja? odbila da ne nepoz. Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) prije trudnoće?
Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) tokom trudnoće? odbila da ne nepoz. Ako jeste, u kojoj sedmici trudnoće je počela sa terapijom? 	Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) tokom porođaja? odbila da ne nepoz. Da li je majka primala <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) prije trudnoće? 			
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Da li je majka primala ikakav antiretroviralni lijek tokom trudnoće? da ne nepozn. </td> <td style="width: 50%;"> Da li je majka primala ikakav antiretrovirusni lijek tokom porođaja? da ne nepozn. </td> </tr> </table>			Da li je majka primala ikakav antiretroviralni lijek tokom trudnoće? da ne nepozn.	Da li je majka primala ikakav antiretrovirusni lijek tokom porođaja? da ne nepozn.
Da li je majka primala ikakav antiretroviralni lijek tokom trudnoće? da ne nepozn.	Da li je majka primala ikakav antiretrovirusni lijek tokom porođaja? da ne nepozn.			
Datum rođenja majke: dan mj. god.		Sifra majke:		

Mjesto rođenja majke:	
☐ BiH	☐ ostalo (navesti) _____
☐ nepoznato	
VI	
Ovo dijete je primalo ili prima:	
	da ne nep.
Neonatalni <i>zidovudin</i> (ZDV, AZT) za prevenciju HIV infekcije	☐ ☐ ☐
Druge neonatalne antiretrovirusne lijekove za prevenciju HIV-a	☐ ☐ ☐
Antiretrovirusnu terapiju za tretman HIV-a	☐ ☐ ☐
RSR profilaksa	☐ ☐ ☐
Datum početka terapije	
	dan mj. god.
Da li je dijete dojilo:	
da ne nep.	
☐ ☐ ☐	
O djetetu se brinu:	
☐ biološki roditelji	☐ druga rodbina
☐ socijalna ustanova	☐ ostalo (navedi u poglavlju VII)
☐ hranioci	☐ usvojioci
☐ nepoznato	
VII Komentar	
Ime i prezime doktora medicine: _____	
Telefon/faks: _____	Potpis i faksimil: _____

ANEKS IV

BRČKO DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena organizacija: _____

Datum prijave: _____

Općina/grad: _____

Registarski broj: _____

Područje: _____

PRIJAVA SMRTI LICA SA HIV-om/AIDS-om

NAPOMENA: Potrebno popuniti sve rubrike.

Opći podaci o umrlom/umrloj:

Sifra oboljelog:		Dan/mjesec/godina rođenja	
Spol:	☐ M ☐ Ž	Mjesto stalnog boravka:	
Zemlja rođenja:		Državljanin:	
Zanimanje:		Bračno stanje:	
Podaci o HIV-u/AIDS-u:			
Datum utvrđivanja HIV pozitivnog nalaza:		Da li je liječen/-a:	☐ DA ☐ NE
Datum postavljanja dijagnoze AIDS-a:		Datum početka liječenja:	
		Vrsta liječenja:	☐ HART ☐ Dvojna terapija ☐ Monoterapija
Datum posljednjeg liječenja/pregleda:			
Rezultati posljednjih laboratorijskih nalaza: CD 4 ćelija/ml			
Dužina liječenja:			
Ustanova u kojoj je liječen/-a:			
Podaci o smrti			
Datum smrti:		Mjesto smrti:	
Smrt je:	☐ Prirodna ☐ Nasilna ☐ Neutvrđeno	Umro/-la:	☐ u zdravstvenoj ustanovi ☐ izvan zdravstvene ustanove
Ako je smrt nasilna, da li je:	☐ Nesreća ☐ Ubistvo ☐ Samoubistvo		
Uzrok smrti (označiti):	☐ Povezano sa AIDS-om ☐ Nije povezano sa AIDS-om ☐ Nepoznat uzrok smrti		

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

ANEKS V

BRČKO DISTRIKT
BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____

Mjesto: _____

Ulica i broj: _____

Elektronska pošta: _____

Organizaciona jedinica: _____

Općina/grad: _____

Telefon/faks:

Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

**PRIJAVA OBOLJENJA/SMRTI OD MALARIJE I NOSILAŠTVA
PARAZITA – UZROČNIKA MALARIJE**

Prezime, ime oca i ime

[illegible]

Miesto stanovanja: _____

Adresa: _____

Zanimanje: _____ Radna organizacija/zaposlenje: _____

Država u kojoj je boravio: _____

Vrijeme boravka, od _____ do _____

Država iz koje je doputovao: _____

Datum dolaska u Brčko distrikt BiH: _____

Datum obolijevanja: _____

Kratka anamneza:

Pozitivna historija obolijevanja od malarije u posljednjih 12 mjeseci:

DA 1 NE 2 Nepoznato 3

Ako da, tačan datum obolijevanja: _____

Vrsta parazita: *P. falciparum* _____ *P. Malariae* _____ *P. Ovale* _____ *P. Vivax* _____

Miješana inf. Nije utvrđen _____

Da li je osoba bila podvrgnuta transplantaciji organa ili transfuziji krvi?

DA 1 NE 2 NEPOZNATO 3 Ako da, navesti tačan datum: _____

Oboljenje
(latinski)

Šifra

Razlog boravka u malaričnom području:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1) privremeni rad | 4) službeno ili turističko putovanje |
| 2) posjeta zemlji svog porijekla | 5) ostalo |
| 3) član posade (aviona, broda), humanitarna ili vojna misija | |

Primijenjena hemoprofilaksa:	1) prije odlaska	DA	NE
	2) u toku boravka	DA	NE
	3) nakon povratka	DA	NE

Kod potvrdnog odgovora:

Naziv lijeka: _____

Schema davanja: _____

Naziv lijeka: _____

Schema davanja: _____

Naziv lijeka: _____

Schema davanja: _____

Način postavljanja dijagnoze:

gusta kap (razmaz) _____ serološki _____ klinički _____

Vrsta parazita:

P. falciparum _____ P. Malariae _____ P. Ovale _____ P. Vivax _____

Miješana inf. _____ Nije utvrđen _____

Vrijeme i dužina hospitalizacije:

Način liječenja:

Ishod liječenja:

oporavljen _____ parazitonoša _____ umro _____ nepoznat _____

Komentar:

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

ANEKS VI

**OBRAZAC ZA UZORAK KOD SUMNJE ILI OBOLJENJA OD
MORBILA I RUBEOLE**

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Podaci o pacijentu						
Država:		Broj pacijenta:			Datum:	
Ime i prezime pacijenta:			JMB:		M	Ž
Datum rođenja:		Adresa i mjesto prebivališta:				
Da li je vakcinisan		MRP	MRP I doza:		MRP II druga doza:	
vakcinom: Da/Ne						
Ostalo (vakcina protiv morbila):						
Druga prisutna oboljenja/smetnje:				Datum izbijanja osipa:		
Simptomi:			Da li je pacijent hospitalizovan: Da Ne			
Da li je upućena prijava oboljenja: Da Ne			Ako da, datum kada je prijavljen:			
Podaci o uzorku						
	Prikupljanje		Čuvanje		Prijem uzorka u referentnu laboratoriju	
Vrsta uzorka (označiti sa X):	Datum	T (°C)	Datumi čuvanja uzorka od prikupljanja do transporta	T (°C)	Datum	T (°C)
Puna krv						
Serum						
Podaci o ustanovi						
Ime i prezime osobe koja upućuje materijal:						
Naziv ustanove, mjesto i telefon:						

ANEKS VII

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

JZU, Dom zdravlja: _____ Izvještaj za sedmicu br. _____, period od _____ do _____
Mjesto: _____ Općina/grad: _____
Adresa: _____ Telefon: _____

ZBIRNA PRIJAVA OBOLJELIH OD
ILI (oboljenje slično gripi) i ARI (akutne respiratorne infekcije)

UZRASNE GRUPE	BROJ OBOLJELIH OD <u>ILI</u> (temperatura ≥ 38 i kašalj)		BROJ OBOLJELIH OD <u>ARI</u> (kašalj, grlobolja, kihavica, sa ili bez povišene temperature)	
	Muško	Žensko	Muško	Žensko
od 0 do 4 godine				
od 5 do 14 godina				
od 15 do 29 godina				
od 30 do 64 godine				
od 65 i više godina				
UKUPNO:				
Broj pregledanih pacijenata u sedmici bez obzira na dijagnozu (popunjava samo sentinel ustanova):				

Datum podnošenja prijave _____ Ime i prezime podnosioca izvještaja _____

ANEKS VIII

ZBIRNA PRIJAVA OBOLJELIH OD TEŠKIH AKUTNIH RESPIRATORNIH INFEKCIJA (SARI)
(temperatura ≥ 38 °C ili anamnestički podatak o povišenoj temperaturi. i kašalj i dispneja – sva 3 simptoma moraju biti prisutna)
BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

BOLNICA: _____ Izvještaj za sedmicu br. _____
Općina: _____ period od _____ do _____
Adresa: _____ Telefon: _____

UZRAST	Muško	Žensko	Ukupno	Umrli
0do4				
od5do14				
od 15 do 29				
od 30 do 64				
65 i više				
Ukupno sedmično: Broj novohospitalizovanih pacijenata sedmično bez obzira na dijagnozu (popunjava samo sentinel bolnica):				

Datum podnošenja izvještaja _____ Ime i prezime osobe koja popunjava izvještaj _____
Potpis: _____

ANEKS IX

**FORMULAR ZA UZIMANJE BRISA PACIJENTU S TEŠKOM AKUTNOM
RESPIRATORNOM INFEKCIJOM (SARI)**

SARI definicija slučaja: <i>temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ili anamnestički podatak o povišenoj temperaturi i kašalj, koji su počeli unutar posljednjih 10 dana i zahtijevaju hospitalizaciju</i>	
BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE Naziv zdravstvene ustanove, bolnice/kliničkog centra:	Datum uzimanja uzorka:
Datum javljanja u zdrav. ustanovu:	Datum pojave simptoma bolesti:
Datum popunjavanja obrasca:	Datum početka hospitalizacije:
Ime i prezime doktora koji je uzeo uzorak:	Telefon doktora:
PODACI O PACIJENTU	
Ime i prezime pacijenta:	JMB:
Spol: ☐ Muško ☐ Žensko	Datum rođenja:
Mjesto i adresa prebivališta:	Telefon pacijenta / člana porodice:
Zanimanje i gdje je zaposlen:	
Putovanje koje je prethodilo bolesti ili koje je trajalo tokom početka bolesti (grad, zemlja i tačan datum):	
Ako je žensko: ☐ Trudnica ☐ U postpartumu (do 6 sedmica) ☐ Nijedno	
HRONIČNA OBOLJENJA	
☐ Hronično respiratorno oboljenje ☐ Astma ☐ Dijabetes ☐ Hronično kardiovaskularno oboljenje ☐ Hronično bubrežno oboljenje ☐ Hronično oboljenje jetre ☐ Hronično neurološko oboljenje ☐ Stanje imunokompromitovanosti ☐ Nepoznato ☐ Bez hroničnog oboljenja	
OSTALO	

☐ Gojaznost (BMI > 30 ili procjena na osnovu kliničkog pregleda)		☐ Pothranjenost	
☐ Tuberkuloza		☐ Onkološko oboljenje	
☐ Ostalo		☐ Druga metabolička oboljenja	
(navesti) _____			
VAKCINACIJA I ANTIVIRALNA TERAPIJA			
Da li je pacijent uzimao antiviralne lijekove bilo kada od početka trenutnog oboljenja?		☐ Da Datum početka uzimanja: _____ ☐ Ne	
Ako da, koji je naziv antiviralnog lijeka:		☐ Oseltamivir ☐ Zanamivir ☐ Drugi (navesti) _____	
Da li je pacijent vakcinisan ove sezone protiv gripe?		☐ Da Datum: _____ ☐ Ne ☐ Nepoznato	
SARI DEFINICIJA SLUČAJA (Svrha ovih podataka je da se utvrdi pridržavanje definiciji slučaja)			
Izmjerena temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$		☐ Da ☐ Ne ☐ Nepoznato	
Način mjerenja temperature:		☐ oralno ☐ aksilarno ☐ drugo	
Pozitivna historija o febrilnosti?		☐ Da ☐ Ne ☐ Nepoznato	
Prisutan kašalj?		☐ Da ☐ Ne ☐ Nepoznato	
Neophodna hospitalizacija (ne vodi se samo kroz dnevnu bolnicu)?		☐ Da ☐ Ne ☐ Nepoznato	

Potpis i faksimil doktora medicine

ANEKS X

**Procjena pojave zarazne bolesti koja predstavlja vanrednu situaciju na polju
javnog zdravstva Brčko distrikt Bosne i Hercegovine**

I Da li je uticaj na javno zdravlje događaja ozbiljan? (pitanja 1, 2 i 3)
DA/NE/Nisam siguran-a
1. <i>Da li je broj slučajeva i/ili broj smrtnih slučajeva za ovu vrstu događaja velik za dato mjesto, vrijeme ili stanovništvo?</i>
DA/NE/Nisam siguran-a
Komentar
2. <i>Da li događaj ima mogućnost velikog uticaja na javno zdravlje?</i>
DA/NE/Nisam siguran/-a
Komentar (koristiti navedena pitanja)
<i>Da li je događaj uzrokovan patogenom s velikom mogućnošću uzrokovanja epidemije? (npr. infektivnost agensa, veliki broj smrtnih slučajeva, više načina prenosa ili zdrav prenosnik)</i>
<i>Događaj predstavlja indikaciju neuspjelog tretmana? (npr. novi događaj ili otpornost na antibiotike koja se tek javlja, neuspjela vakcinacija, otpornost na antidot ili njegova neuspješnost)</i>
<i>Događaj predstavlja značajan rizik za javno zdravlje čak i ako još nije potvrđen nijedan slučaj kod ljudi ili ih je potvrđeno samo jako malo?</i>
<i>Broj slučajeva o kojima izvještava?</i>
<i>Da li je rizično stanovništvo posebno ugroženo? (izbjeglice, nizak nivo imunizacije, djeca, starija lica, nizak imunitet, pothranjenost itd.).</i>
<i>Postoje prateći faktori koji mogu ometati ili odlagati reakciju u polju javnog zdravstva? (prirodne katastrofe, oružani sukobi, nepovoljni vremenski uslovi, više žiža u državi-potpisnici).</i>

Događaj se desio/dešava u zoni s velikom gustinom stanovništva?

Javlja se širenje toksičnih, infektivnih ili inače opasnih materijala koji se mogu javljati i u prirodi ili inače, a koje je kontaminiralo ili ima mogućnost da kontaminira neko stanovništvo i/ili veliku geografsku oblast?

3. *Da li je radi sprečavanja novih slučajeva ili u otkrivanju, istrazi, reakciji i nadzoru aktuelnog događaja, potrebna vanjska pomoć?*

DA/NE/Nisam siguran-a

Komentar (koristiti navedena pitanja)

Da li postoje neodgovarajuća kadrovska, finansijska, materijalna ili tehnička sredstva? (npr. nedostatak laboratorijskih ili epidemioloških kapaciteta za istraživanje događaja [oprema, osoblje, finansijska sredstva])

Da li postoji nedostatak antidota, lijekova i/ili vakcina i/ili zaštitne opreme, opreme za dekontaminaciju ili pomoćna oprema za pokrivanje procijenjenih potreba?

II Da li je događaj neuobičajen ili neočekivan? (pitanja 4 i 5)
DA/NE/Nisam siguran-a
4. Da li je događaj neuobičajen?
DA/NE/Nisam siguran-a
Komentar (koristiti navedena pitanja) Da li je događaj uzrokovan nepoznatim agensom ili... ? Da li je put prenosa neuobičajen ili nepoznat? Opisati sredstvo, put prenosa? Evolucija slučaja je ozbiljnija nego što je očekivano? Da li je dešavanje samog tog događanja neuobičajeno za tu oblast, sezonu ili stanovništvo?
5. Da li je događaj neočekivan iz perspektive javnog zdravstva?
DA/NE/Nisam siguran-a
Komentar (koristiti navedena pitanja) Da li je događaj uzrokovan oboljenjem/agensom koji je već eliminisan ili iskorijenjen iz države-potpisnice ili o njemu prethodno nije bilo izvještaja?
III Da li postoji značajan rizik od širenja na međunarodnom nivou? (pitanje 6)
DA/NE/Nisam siguran-a
6. Da li postoje dokazi o epidemiološkoj vezi sa sličnim događajima u drugim

<i>državama?</i> <i>DA/NE/Nisam siguran-a</i>
<i>Komentar (koristiti navedena pitanja)</i> <i>Da li postoji bilo koji faktor koji bi trebalo da nas upozori na mogućnost prekograničnog kretanja agensa, sredstva ili domaćina? (npr. lokalno prekogranično širenje, indeksni slučaj [ili neki drugi povezani slučajevi] sa historijom u okviru proteklog mjeseca, međunarodna putovanja, učešće na međunarodnom okupljanju, bliski kontakt s međunarodnim putnicima ili jako mobilnim stanovništvom)</i> <i>Da li je događaj uzrokovan kontaminacijom okoline, pri čemu postoji mogućnost širenja preko međunarodnih granica?</i> <i>Da li je događaj u zoni gustog međunarodnog saobraćaja uz ograničene kapacitete sanitarnog nadzora ili detekcije ili dekontaminacije životne sredine?</i>
IV Da li postoji značajan rizik od ograničenja međunarodnog saobraćaja ili trgovine? (pitanja 7, 8, 9 i 10) <i>DA/NE/Nisam siguran-a</i>
7. <i>Da li su slični događaji u prošlosti doveli do međunarodnih ograničenja u trgovini i/ili u saobraćaju?</i> <i>DA/NE/Nisam siguran-a</i> <i>Komentar</i>
8. <i>Da li se sumnja ili zna da su izvor neki prehrambeni proizvod, voda ili neka druga roba koja bi mogla biti kontaminirana a izvezena/uvezena je u drugu državu ili iz drugih država?</i> <i>DA/NE/Nisam siguran-a</i> <i>Komentar</i>

<i>Da li se događaj desio u vezi s nekim međunarodnim okupljanjem ili u zoni gustog međunarodnog turizma?</i>
<i>DA/NE/Nisam siguran-a</i>
<i>Komentar</i>
<i>Da li je događaj doveo do zahtjeva za dodatnim obavješćavanjem od inostranih zvaničnika ili međunarodnih medija?</i>
<i>DA/NE/Nisam siguran-a</i>
<i>Komentar</i>

Napomena:

Ukoliko sa DA odgovorite na sva pitanja ([1, 2 i 3] poglavlja I; [4 i 5] poglavlja II; [6] poglavlja III; [7, 8, 9 i 10] poglavlja IV), onda je odgovor na glavno pitanje poglavlja DA.

U slučaju da na jedno od pitanja ([1, 2 i 3] poglavlja I; [4 i 5] poglavlja II; [6] poglavlja III; [7, 8, 9 i 10] poglavlja IV), odgovorite sa NE, onda je odgovor na glavno pitanje poglavlja NE.

U slučaju da na jedno od pitanja ([1, 2 i 3] poglavlja I; [4 i 5] poglavlja II; [6] poglavlja III; [7, 8, 9 i 10] poglavlja IV), odgovorite sa Nisam siguran-na, onda je odgovor na glavno pitanje poglavlja Nisam siguran-a.

Potpis lica koje je ispunilo izvještaj

Potpis ovlaštenog lica Pododjeljenja

M. P. _____

ANEKS XII

PRIJAVA OBOLJELOG OD TUBERKULOZE BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Naziv ustanove: _____

Adresa ustanove: _____

Ime nadležnog dr. med.: _____

Šifra ustanove: _____

Podaci uneseni u registar jedinice lokalne samouprave pod rednim brojem: _____

Telefon: _____

Prezime (ime oca) i ime pacijenta: _____

JMB

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

Adresa boravišta: _____ Stalna adresa: _____ Općina/mjesto: _____

Zanimanje: _____ Godine života: _____ Telefon: _____ Spol: ☐ M ☐ Ž

☐ Urbano stanovništvo ☐ Ruralno stanovništvo

Skolska sprema:	Bračno stanje:	Socijalni status domaćinstva*:	Primanja:	Radni status:
☐ osnovna škola neoženjen/neudata	☐ ☐ SSS ☐ oženjen/udata ☐ VŠS ☐ rastavljen-a ☐ VSS ☐ razveden-a	☐ ispod praga siromaštva ☐ iznad praga siromaštva ☐ nepoznato ☐ broj članova domaćinstva	☐ DA ☐ NE	☐ zaposlen ☐ nezaposlen ☐ učenik/student ☐ penzioner ☐ predškolski uzrast

Ostalo _____ udovac/udovica _____
☐ drugo _____

*Za potrebe popunjavanja ove prijave, u kategoriju siromašnih se ubrajaju lica kod kojih su primanja po prilagođenom članu domaćinstva manja od 370 KM (izračunava se tako da se ukupna primanja domaćinstva podijele sa koeficijentom koji se dobija kada se saberu koeficijenti dodijeljeni pojedinim članovima porodice, i to: glava porodice – 1; odrasli članovi – 0,5, djeca mlađa od 14 godina = 0,3).

Pripadnost osjetljivoj grupi: _____

Državljanstvo BiH: ☐ DA ☐ NE

Drugو državljianstvo: _____

Boravak u inostranstvu: ☐ DA ☐ NE

Država boravka: _____

Datum odlaska u inostranstvo: _____ Datum povratka iz inostranstva: _____

Migracijski status: ☐ Raseljeno lice ☐ Izbjeglica ☐ Povratnik		Raniji boravak u zatvoru: ☐ DA ☐ NE Mjesto služenja zatvorske kazne: _____ Datum prijema: _____ Datum otpusta: _____ ☐ Trenutno na izdržavanju zatvorske kazne																	
GLAVNA LOKACIJA OBOLJENJA (označiti samo jedno) <table><tr><td>☐ plućna</td><td>☐ pleuralna</td></tr><tr><td>☐ urogenitalna</td><td>☐ CNS, izuzev meningealne</td></tr><tr><td>☐ limfatična</td><td>☐ koštana/artikularna – kičmena</td></tr><tr><td>☐ peritonealna/digestivni trakt</td><td>☐ koštana/artikularna – izuzev kičmene</td></tr><tr><td>☐ limfatična, ekstratorakalna</td><td></td></tr><tr><td>☐ diseminirana (kliconoštvo)</td><td></td></tr><tr><td>☐ CNS, meningealna</td><td></td></tr><tr><td>☐ ostalo _____</td><td></td></tr></table>				☐ plućna	☐ pleuralna	☐ urogenitalna	☐ CNS, izuzev meningealne	☐ limfatična	☐ koštana/artikularna – kičmena	☐ peritonealna/digestivni trakt	☐ koštana/artikularna – izuzev kičmene	☐ limfatična, ekstratorakalna		☐ diseminirana (kliconoštvo)		☐ CNS, meningealna		☐ ostalo _____	
☐ plućna	☐ pleuralna																		
☐ urogenitalna	☐ CNS, izuzev meningealne																		
☐ limfatična	☐ koštana/artikularna – kičmena																		
☐ peritonealna/digestivni trakt	☐ koštana/artikularna – izuzev kičmene																		
☐ limfatična, ekstratorakalna																			
☐ diseminirana (kliconoštvo)																			
☐ CNS, meningealna																			
☐ ostalo _____																			
SPOREDNA LOKACIJA OBOLJENJA (označiti samo jedno) <table><tr><td>☐ plućna</td><td>☐ pleuralna</td></tr><tr><td>☐ urogenitalna</td><td>☐ CNS, izuzev meningealne</td></tr><tr><td>☐ limfatična</td><td>☐ koštana/artikularna – kičmena</td></tr><tr><td>☐ peritonealna/digestivni trakt</td><td>☐ koštana/artikularna – izuzev kičmene</td></tr><tr><td>☐ limfatična, ekstratorakalna</td><td></td></tr><tr><td>☐ diseminirana (kliconoštvo)</td><td></td></tr><tr><td>☐ CNS, meningealna</td><td></td></tr><tr><td>☐ ostalo _____</td><td></td></tr></table>				☐ plućna	☐ pleuralna	☐ urogenitalna	☐ CNS, izuzev meningealne	☐ limfatična	☐ koštana/artikularna – kičmena	☐ peritonealna/digestivni trakt	☐ koštana/artikularna – izuzev kičmene	☐ limfatična, ekstratorakalna		☐ diseminirana (kliconoštvo)		☐ CNS, meningealna		☐ ostalo _____	
☐ plućna	☐ pleuralna																		
☐ urogenitalna	☐ CNS, izuzev meningealne																		
☐ limfatična	☐ koštana/artikularna – kičmena																		
☐ peritonealna/digestivni trakt	☐ koštana/artikularna – izuzev kičmene																		
☐ limfatična, ekstratorakalna																			
☐ diseminirana (kliconoštvo)																			
☐ CNS, meningealna																			
☐ ostalo _____																			
Anropometrijski podaci: Težina: _____ Visina: _____ BMI: _____																			
Rezultat laboratorijske dijagnostike na početku liječenja: Uzorak: _____ I II III Datum: _____ ☐ Sputum		Rezultat kulture na mikrobakterije: Datum: _____ ☐ čvrste podloge ☐ tečne podloge ☐ pozitivan	Identifikacija/tipizacija: ☐ <i>M. tuberculosis</i> ☐ <i>M. tuberculosis complex</i> ☐ MOTT – netuberkulozne mikobakterije																

☐ Urin ☐ Ph dg ☐ drugo ☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nije urađen	☐ negativan ☐ nije urađen ☐ u radu	☐ ostalo
---	---	---

Molekularna dijagnostika LPA:

☐ HAIN	☐ Gene Xpert	☐ Ostalo	☐ DA	☐ NE	☐ nepoznato
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Rezultati LPA testiranja

RTG dijagnostika:

☐ DA	☐ NE	☐ nepoznato
-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Rezultati LPA testiranja

Prethodna dijagnoza
tuberkuloze:

☐ NE ☐ DA ako je DA, mjesec _____ godina _____

Oboljeli
identifikovan
nakon:

☐ Pasivnog javljanja ☐ Aktivnog traganja među osjetljivim grupama ☐ Aktivnog traganja među kontaktima ☐ Poslije smrti – nalaz obdukcije
--

Datum dijagnosticiranja:

Sadašnje oboljenje: _____ dan _____ mjesec _____ godina

Datum započinjanja ATL tretmana:

Sadašnja oboljenja: _____ dan _____ mjesec _____ godina

Inicijalni tretman se provodi sa:

☐ Izonijazid ☐ Rifampicin ☐ Pirazinamid ☐ Etambutol ☐ Streptomycin ☐ Drugi antituberkulotici ☐ Drugi tipovi rezistencije ☐ Drugo

Definicija slučaja:

☐ Novi ☐ Recidiv ☐ Neuspješno liječenje ☐ Povratak nakon prekida ☐ Preseljeni ☐ MDR/XDR ☐ Zavisnosti

Druga oboljenja/stanja
dijagnosticirana:

☐ HIV ☐ Šećerna bolest ☐ HOBP ☐ Imunosupresivna stanja ☐ Malignomi ☐ Invalidnost ☐ Ostalo
--

Komentari

Mjesto i datum prijavljivanja

Potpis odgovornog lica

M. P.

ANEKS XIII

ODJAVA O ISHODU LIJEČENJA TUBERKULOZE

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE		
Naziv ustanove: _____		
Adresa ustanove: _____		
Ime nadležnog ljekara: _____		
Šifra ustanove: _____		
Podaci uneseni u registar jedinice lokale samouprave pod rednim brojem: _____		
Telefon: _____		
Prezime (ime oca) i ime pacijenta: _____ JMBG □□□□□□□□□□□□		
Adresa boravišta: _____ Stalna adresa: _____ Općina/mjesto: _____		
Zanimanje: _____ Godine života: _____ Telefon: _____ Spol: □ M □ Ž		
☐ Urbano stanovništvo ☐ Ruralno stanovništvo		
Dijagnoza Definicija slučaja na početku liječenja: ☐ Novi ☐ Recidiv ☐ Neuspješno liječenje ☐ Preseljeni ☐ MDR/XDR ☐ Drugi tipovi rezistencije ☐ Ostalo	Ishod liječenja: ☐ (I) Izliječen ☐ (Z) Završeno liječenje ☐ (P) Prekid liječenja* ☐ (G) neuspješno liječenje ☐ (I) Iseljenje ☐ (S) Smrt	Alergija na: ☐ INH ☐ RK ☐ PZA ☐ ET ☐ SM ☐ (K) Kožna ☐ (IG) Gastrointestinalna ☐ (D) Drugo
Podaci o liječenju: Datum početka ATL: (dd/mm/gg/) _____ Datum završetka ATL: (dd/mm/gg/) _____ Ili u slučaju prekida ili smrti: (datum) _____	Promjena ATL sa prve linije na drugu liniju tretmana: ☐ DA ☐ NE MDR tretman ☐ DA ☐ NE	

Status vakcinacije: ☐ Vakcinisan nakon rođenja ☐ Nije vakcinisan ☐ Ostalo	HIV testiranje u slučaju identifikacije: ☐ DA ☐ NE ☐ Nepoznato Rezultati HIV testiranja _____ _____	RTG dijagnostika: ☐ DA ☐ NE ☐ Nepoznato Rezultati RTG testiranja _____ _____	HAIN: ☐ DA ☐ NE ☐ Nepoznato Rezultati HAIN testiranja _____ _____	IGRA: ☐ DA ☐ NE ☐ Nepoznato Rezultati IGRA testiranja _____ _____	PPD: ☐ DA ☐ NE ☐ Nepoznato Rezultati PPD testiranja _____ _____
Rezultati iz laboratorije na početku liječenja: Konverzija sputuma (kod BK pozitivnih) Uzorak: _____ Datum: _____ ☐ Sputum Razmaz: I II III (u kojem mjesecu liječenja) ☐ Urin _____ ☐ PHdg Kultura: I II III (u kojem mjesecu liječenja) ☐ Drugo – naznačiti _____ Razmaz: + - Kultura: + - Antropometrijski podaci:			Rezistencija: Datum: _____ ☐ Čvrste podloge ☐ Tečne podloge Upisati odgovarajuće slovo u predviđeni prostor: (slovo S u slučaju senzitivnosti ili slovo R u slučaju rezistencije) ☐ INH ☐ RF ☐ PZA ☐ ET ☐ SM		

Težina: _____ Visina: _____ BMI: _____

Komentar: _____

Datum objave:

Potpis odgovornog lica:

M. P.

ANEKS XIV

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

[illegible][illegible]

Antibiotik	SJR (konačni rezultat)		Prečnik zone (mm)	MIC (mg/L)	MIC interpretacija (S, I, R)	E-test (mg/L)	E-test interpretacija (S, I, R)
	S, I, R)	S, I, R)					
Ostali testovi:	Pozitivan	Negativan	Nepoznato				
ESBL							
Karbapenemaze							
							Potpis i faksimil doktora medicine

ANEKS XVI

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____
Mjesto: _____ Općina/grad: _____
Ulica i broj: _____ Telefon/faks: _____
Elektronska pošta: _____ Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

PRIJAVA IZLOŽENOSTI VIRUSU BJESNILA

Prezime, ime oca i ime

Datum rođenja: _____ JMBG □□□□□□□□□□□□

Zanimanje: _____ Adresa stanovanja: _____

Datum povreda: _____ Mjesto gdje je nastalo povređivanje: _____

Lokalizacija povreda: _____ Broj povreda: _____

Opis povrede: laka _____ teška _____ kroz odjeću _____
kontakt/sluznica _____ rana krvarila _____

Ujed/povreda provociran: _____

Antitetanusna zaštita (redovna): _____

Da li je ranije antirabično tretiran _____, ako da navesti
datum: vakcinu broj primljenih doza _____

Vrsta životinje koja je nanijela povredu _____

Podaci o životinji:

živa	_____	poznata	_____
odluta	_____	ubijena	_____
uginula	_____	vakcinisana	_____

Vlasnik živalinje: _____ Adresa: _____

Dat zahtjev za veterinarski nadzor (datum): _____

Rezultat nadzora: _____

Laboratorijski pregled na bjesnilo: _____ TFA(+) _____ Biološko
ispitivanje (+) _____

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

ANEKS XVII

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova:

Veterinarska inspekcija/ustanova:

Adresa:

Adresa:

Telefon/faks/elektronska pošta:

Telefon/faks/elektronska pošta:

**ZAHTJEV ZA VETERINARSKI NADZOR I PREGLED
ŽIVOTINJE SUMNJIVE NA BJESNILO**

Podaci o licu koja je bila izložena sumnjivoj životinji

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Datum i vrijeme kad je povreda nanesena/kad je ostvaren kontakt: _____

Vrsta izloženosti (zaokruži): ugrizna rana, ugriz bez proboja kože, ogrebotina, kontakt sa slinom životinje, kontakt sa krznom životinje, drugo (opisati): _____

Podaci o životinji

Vrsta, rasa, spol i dob: _____

Identifikacioni broj i drugi podaci: _____

Podaci o vlasniku/držaocu životinje:

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Molimo da u svrhu postavljanja dijagnoze, navedenu životinju stavite pod svoj nadzor i naredite i/ili da izvršite posmatranje u narednih 10 dana i/ili obavite druge potrebne preglede. O nalazu ili nemogućnosti postavljanja istog potrebno je da odmah telefonom obavijestite dolje potpisanog doktora, a ovu zdravstvenu ustanovu faksom ili elektronskom poštom.

Obavezno ovaj zdravstvenoj ustanovi pismeno dostavite i sve sljedeće podatke:

- podaci o vlasniku/držaocu životinje i samoj životinji koji gore nedostaju,

- datum početka i završetka nadzora/pregleda,
- vrsta nadzora/pregleda,
- rezultat nadzora/pregleda,
- datum i vrsta vakcinacije životinje (obavljene prije izloženosti ugroženog lica),
- stručno mišljenje.

Broj: _____

U _____

Datum: _____

Doktor medicine

M. P.

Direktor

ANEKS XVIII

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____
Mjesto: _____ Općina/grad: _____
Ulica i broj: _____ Telefon/faks: _____
Elektronska pošta: _____ Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

PRIJAVA O ZAVRŠENOM ANTIRABIČNOM TRETMANU

Prezime, ime oca i ime

Godina rođenja: _____ JMB □□□□□□□□□□□□

Zanimanje: _____ Adresa stanovanja: _____

Lokalna obrada rane: _____ Datum: _____

Način obrade: _____

Humani antirabični imunoglobulin (HRIG): _____ Datum: _____ Broj jedinica
_____ (HRIG-a) _____

Mjesto aplikacije: oko rane _____ u glutealni mišić _____

Proizvođač i serija HRIG-a: _____

Neželjene reakcije: _____

Postekspoziciona imunizacija antirabičnom vakcinom

Dani	Datum imunizacije	Naziv vakcine	Primjedba/reakcije
0			
3			
7			
14			
28			

Mjesto i datum podnošenja prijave
_____Potpis i faksimil doktora medicine
_____M. P.

ANEKS XIX

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____

Mjesto: _____

Općina/grad: _____

Ulica i broj: _____

Telefon/faks: _____

Elektronska pošta: _____

Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

PRIJAVA EPIDEMIJE ZARAZNE BOLESTI

Bolest koja se pojavila u epidemijskoj formi: _____

Dijagnoza: _____

Šifra (MKB): _____

Uzročnik: _____

Datum početka epidemije: _____

Datum otkrivanja epidemije: _____

Indeksni slučaj ili prvi prijavljeni slučaj (datum i mjesto): _____

Mjesto u kom se javila epidemija: _____

Broj stanovnika: _____

Zahvaćeno stanovništvo (naselje, škola, ustanova, kolektiv, porodica) i uslovi (voda, kanalizacija): _____

Broj:

izloženih _____ oboljelih _____ hospitalizovanih _____ umrlih _____

Izvor zaraze: utvrđen _____

neutvrđen _____

Put prenošenja: _____

Uzročnik: _____

(dokazan/nije dokazan/u ispitivanju)

Klinička slika bolesti: _____

Laboratorijske pretrage (vrsta, broj): _____

Uzorci (hrana, voda, okolina): _____

Imunizacioni status oboljelih na osnovu uvida u medicinsku dokumentaciju broj: _____

potpuno vakcinisanih: _____

nepotpuno vakcinisanih: _____

nevakcinisanih: _____

nepoznato: _____

Preduzete protuepidemijske mjere: _____

Vakcinisano u sklopu protuepidemijskih mjera:

Uzrasna grupa	< 1	1-5	6-14	15-19	20-29	30-55	> 55
Broj osoba							

Epidemiološka prognoza: _____

Neophodna pomoć (kadrovi, oprema, sredstva): _____

Mjesto i datum podnošenja prijave _____

Potpis i faksimil doktora medicine _____

M. P. _____

ANEKS XX

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____

Mjesto: _____

Ulica i broj: _____

Elektronska pošta: _____

Općina/grad: _____

Telefon/faks: _____

Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

ODJAVA EPIDEMIJE ZARAZNE BOLESTI

Bolest koja se pojavila u epidemijskoj formi:

Dijagnoza: _____

Šifra (MKB): _____

Uzročnik: _____

Datum početka epidemije: _____

Datum otkrivanja epidemije: _____

Indeksni slučaj ili prvi prijavljeni slučaj (datum i mjesto): _____

Mjesto u kom se javila epidemija _____

Broj stanovnika _____

Zahvaćeno stanovništvo (naselje, škola, ustanova, kolektiv, porodica i dr.): _____

broj izloženih _____ broj oboljelih _____ broj hospitalizovanih _____ broj umrlih _____

Oboljeli po spolu i uzrastu

Spol	< 1 god.	1 god.	2	3	4	5	6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	> 60
M															
Z															
Ukupno															

Izvor zaraze: _____

utvrđen: _____

neutvrđen: _____

Put prenošenja: _____

Uzročnik: _____

Potvrda laboratorije: _____

da

ne

Sprovedene protuepidemijske mjere: _____

Ukupno vakcinisano od početka do kraja epidemije u sklopu protuepidemijskih mjera:

Uzrasna grupa	< 1	1-5	6-14	15-19	20-29	30-55	> 55
Broj osoba							

Predložene mjere za trajno uklanjanje opasnosti: _____

Drugi podaci značajni za pojavu i širenje epidemije i vezani za provedene mjere: _____

Mjesto i datum podnošenja odjave _____

Potpis i faksimil doktora _____

M. P. _____

ANEKS XXI

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____
Mjesto: _____
Ulica i broj: _____
Elektronska pošta: _____

Organizaciona jedinica: _____
Općina/grad: _____
Telefon/faks: _____
Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

PRIJAVA BOLNIČKE INFEKCIJE

Prezime, ime oca i ime: _____

Datum rođenja: _____ JMB ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Datum prijema u zdravstvenu ustanovu: _____

Razlog javljanja u zdravstvenu ustanovu (hospitalizacije) (klinička dijagnoza/MKB):

Materijal za mikrobiološko ispitivanje uzet na prijemu: DA NE

Vrsta materijala: _____ Rezultat/uzročnik na prijemu: _____

Lokalizacija bolničke infekcije (označi):

- | | |
|---|---|
| ☐ Infekcija operativnog mjesta | ☐ Infekcija kardiovaskularnog sistema |
| ☐ Infekcija krvi | ☐ Infekcija centralnog nervnog sistema |
| ☐ Infekcija pluća | ☐ Infekcija nosa, oka ili uha |
| ☐ Infekcija mokraćnog sistema | ☐ Infekcija sistema za varenje |
| ☐ Infekcija koštano-zglobnog sistema | ☐ Infekcija kože i mekih tkiva |
| ☐ Infekcija spolnog sistema | ☐ Infekcija više organskih sistema |
| ☐ Infekcija sistema za disanje | ☐ Druge infekcije |

Vrsta materijala: _____ Rezultat/uzročnik: _____

Rezistentnost uzročnika: DA NE

Navesti naziv grupe antibiotika na koju je mikroorganizam rezistentan:

Ishod bolničke infekcije: 1) izliječen 2) nije izliječen 3) smrtni ishod
Otpušten iz bolnice DA NE

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

ANEKS XXII

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova: _____

Mjesto: _____

Ulica i broj: _____

Elektronska pošta: _____

Organizациона јединица: _____

Općina/grad: _____

Telefon/faks: _____

Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

**PRIJAVA O LABORATORIJSKI UTVRĐENOM UZROČNIKU
ZARAZNE BOLESTI**

Prezime, ime oca i ime: _____

Datum rođenja: _____ JMB □□□□□□□□□□

Mjesto stanovanja: _____

Adresa: _____

Zanimanje: _____ Radna organizacija/zaposlenje: _____

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

Država iz koje je doputovao: _____

Datum dolaska u Brčko distrikt BiH: _____

Ko šalje materijal: _____
(pravno lice, fizičko lice – lično, dr. medicine – ime i prezime)

Datum uzorkovanja materijala: □□□□□□□□

Datum prijema materijala u laboratoriju: □□□□□□□□

Vrsta uzorka – navesti: _____

Ime/nalaz analize: _____

Rezultat (vrsta uzročnika – latinski naziv): _____

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

