

941

Temeljem članka 30. stavka (6) i članka 65. stavka (1) točka f) Zakona o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti Brčko distrikta Bosne i Hercegovine („Službeni glasnik Brčko distrikta Bosne i Hercegovine“, broj: 41/20), predstojnik Odjela za zdravstvo i ostale usluge d o n o s i

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

Članak 1.
(Predmet)

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

Članak 2.
(Obavezno prijavljivanje)

Obavezno prijavljivanje, obavještavanje i evidentiranje zarazne bolesti vrši se u skladu s člankom 30. stavka (1) Zakona o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti Brčko distrikta BiH (u dalnjem tekstu: Zakon).

Članak 3.
(Način prijavljivanja)

- (1) Obvezno prijavljivanje na propisanom obrascu provodi zdravstvena ustanova, na temelju prijave koju popunjava doktor medicine koji utvrdi slučajeve iz članka 2. ovog Pravilnika koji podliježe obveznom prijavljivanju u rokovima i na način koji je utvrđen ovim Pravilnikom.
- (2) Prijavljivanje zaraznih bolesti vrši se pisanim i elektronskim putem.
- (3) Obvezno prijavljivanje oboljenja, stanja i smrti od zaraznih bolesti vrši se:
 - a) pojedinačnom prijavom,
 - b) nultom prijavom,
 - c) hitnom prijavom,
 - d) zbirnom prijavom i
 - e) sustavom za rano upozoravanje i hitno reagiranje (u dalnjem tekstu: ALERT).

Članak 4.
(Dostava prijave)

- (1) Zdravstvena ustanova koja, na temelju kliničkog ili mikrobiološkog pregleda doktora medicine, kod osoba utvrdi uzročnika zarazne bolesti, odnosno smrti iz članka 30. stavka (1) točke a) i b) Zakona to evidentira i odmah prijavljuje nadležnoj Higijensko-epidemiološkoj službi u Javnoj zdravstvenoj ustanovi „Zdravstveni centar Brčko“ Brčko distrikta BiH (u dalnjem tekstu: JZU).
- (2) Higijensko-epidemiološka služba u JZU dostavlja Pododjelu za javno zdravstvo (u dalnjem tekstu: Pododjel) pojedinačne prijave iz stavke (1) ovog članka i prijavljuje epidemiju zarazne bolesti.
- (3) Zdravstvena ustanova koja na temelju kliničkog ili drugog pregleda doktora medicine kod osobe utvrdi uzročnika bolesti ili stanje navedeno u članku 30. stavka (1) točke d), e), f), g), h), i), j) i l) Zakona to evidentira i odmah prijavljuje Pododjelu.
- (4) Zdravstvena ili druga ustanova, odnosno doktor medicine koji utvrdi postojanje događaja iz članka 30. stavka (1) točka k) Zakona odmah po saznanju da postoji opasnost od nastanka tog događaja, o navedenom događaju obavešćuje Pododjelu, u skladu sa Zakonom.

Članak 5.
(Sadržaj prijave)

- (1) Pojedinačnom prijavom prijavljuje se:
 - a) oboljenje i stanje zarazne bolesti iz članka 30. stavka (1) točka a) Zakona;
 - b) sumnja da postoji oboljenje od zarazne bolesti propisane člankom 30. stavka (1) točka a) Zakona;
 - c) smrt od zarazne bolesti i
 - d) izlučivanje klica i nositelja parazita zaraznih bolesti propisanih člankom 30. stavka (1) točka j) Zakona.

- (2) Pojedinačna prijava kojom se prijavljuju slučajevi iz stavke (1) ovog članka, podnosi se na obrascu koji je sastavni dio ovog Pravilnika (ANEKS I).
- (3) Pojedinačna prijava nositelja antiijela 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 nositelj parazita – uzročnika malarije podnosi se na obrascu koji je sastavni dio ovog Pravilnika (ANEKS V).
- (5) Temeljem dostavljene prijave zarazne bolesti, Pododjel o bolesti koja se prenosi putem krvi razmjenjuje podatke sa zdravstvenom ustanovom nadležnom za transfuzijsku djelatnost.

Članak 6.
(Nulta prijava)

- (1) Nultom prijavom prijavljuje se odsutnost 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 provodi se prema stručno-metodološkim naputcima, izrađenim u skladu s programima za eliminaciju i eradicaciju zaraznih bolesti, a na obrascu izrađenom u skladu s preporukama Svjetske zdravstvene organizacije.
- (3) Za akutnu flakcidnu paralizu, prijavu iz stavke (1) ovog članka bolnica dostavlja Pododjelu tjedno.
- (4) Za morbile, rubeolu i kongenitalni rubeola sindrom te druge zarazne bolesti prijavu iz stavke (1) ovog članka nadležna zdravstvena ustanova dostavlja mjesечно.
- (5) Uzorak krvi kod sumnje ili oboljenja od morbila i rubeole šalje se uz obrazac koji se je sastavni dio ovog Pravilnika (ANEKS VI).

Članak 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, gripe novog podtipa koja izaziva oboljenje kod ljudi, teškog akutnog respiratornog sindroma te sumnja na novu nepoznatu zaraznu bolest i na zlouporabu biološkog agensa.
- (2) Hitno prijavljivanje provodi se odmah po saznanju da postoji sumnja na oboljenje i to: telefonom, elektronskim putem ili na drugi način pogodan za hitno obavještavanje, uz istovremeno podnošenje pojedinačne prijave, da postoji sumnja na oboljenje iz stavke (1) ovog članka.
- (3) Nakon postavljene radne ili konačne dijagnoze zarazne bolesti, u skladu sa stavkom (1) ovog članka, dijagnoza se prijavljuje podnošenjem pojedinačne prijave na obrascu iz članka 5. stavka (2) ovog Pravilnika.

Članak 8.
(Tjedna zbirna prijava)

- (1) Tjednom zbirnom prijavom, dom zdravlja prijavljuje akutne respiratorne infekcije i infekcije slične gripi, u skladu s definicijama slučaja, na obrascu je sastavni dio ovog Pravilnika (ANEKS VII).
- (2) Tjednom 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 Pododjelu i dalje postupa u skladu s naputcima Pododjela.
- (5) Zdravstvene ustanove uključene u sentinel nadzor prijavu smrti vrše preko imenovanog sentinel koordinatora postupajući dalje u skladu s naputcima Pododjela.
- (6) Područja u Distriktu koja budu uključena u sentinel nadzor nad gripom, uzorkuju brisove od oboljelih u skladu s naputkom i preporukama Pododjela.
- (7) Prijavljivanje u skladu sa stavovima (1) i (2) ovog članka, traje od 40. tjedna tekuće godine do 20. tjedna naredne godine.
- (8) Uzorak brisa grla i nosa kod pacijenata s teškom akutnom respiratornom infekcijom (SARI) se uzima u skladu s instrukcijom Pododjela koja je sastavni dio ovog Pravilnika (ANEKS IX).

Članak 9.
(Sustav ALERT)

- (1) Sustav za rano upozoravanje i hitno reagiranje – ALERT se provodi na teritoriji na kojoj Pododjel procijeni da postoji opasnost od pojave zarazne bolesti koja predstavlja prijetnju po javno zdravstvo od međunarodne važnosti, prema sljedećim karakteristikama:
 - a) pojave zarazne bolesti ima ozbiljan javno-zdravstveni utjecaj,
 - b) pojave zarazne bolesti predstavlja neuobičajen ili neочекivan događaj,
 - c) s pojmom zarazne bolesti postoji ozbiljan rizik da se neuobičajeno brzo proširuje,
 - d) s pojmom zarazne bolesti postoji ozbiljan rizik koji bi mogao dovesti do uvođenja ograničenja prekograničnog putovanja ili prometa.
- (2) Prijavljanje ALERT-om počinje odmah po saznanju da postoji opasnost od nastanka slučaja utvrđenog u stavki (1) ovog članka.
- (3) Opasnost od pojave zarazne bolesti utvrđene u stavki (1) ovog članka doktor medicine prijavljuje Pododjelu odmah po saznanju da postoji sumnja na zaraznu bolest, telefonskim i elektronskim putem.
- (4) Higijensko-epidemiološka služba JZU dostavlja Pododjelu, najkasnije u roku od 24 sata od prijave sumnje na zaraznu bolest od doktora medicine, u skladu sa stavkom (1) ovog članka, 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, uvjete koji utiču na širenje oboljenja i mjere za provođenje trenutnih mjera kontrole,
 - b) zdravstvene mjere koje su poduzete kao odgovor na opasnost iz točke a) ove stavke,
 - c) druge informacije koje su od značaja za procjenu činjenica, prevenciju i odgovor na širenje zarazne bolesti.
- (5) Informacija o pojavi zarazne bolesti iz stavke (1) ovog članka Pododjelu se dostavlja bez odgađanja u roku iz stavke (4) ovog članka i u slučaju da dijelovi podataka nedostaju.

Članak 10.**(Procjena pojave zarazne bolesti)**

- (1) Na temelju dobivenih podataka iz Higijensko-epidemiološke službe JZU, Pododjel obavlja procjenu pojave zarazne bolesti, u skladu s člankom 9. stavka (1) ovog Pravilnika.
- (2) Putem najučinkovitijeg dostupnog sredstva komunikacije, Pododjel procjenu iz stavke (1) ovog članka dostavlja predstojniku Odjela za zdravstvo i ostale usluge (u daljnjem tekstu: predstojnik Odjela) na obrascu koji je sastavni dio ovog Pravilnika (ANEKS X).
- (3) Na obrascu iz stavke (2) ovog članka, Pododjel predstojniku Odjela 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 poduzetim kao odgovor na ovaj događaj.
- (4) Pored podataka navedenih u stavovima (2) i (3) ovog članka, Pododjel predstojniku Odjela 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 prijenosa zarazne bolesti,
 - d) broj slučajeva oboljelih i broj umrlih na području na kojem je evидентirana zarazna bolest,
 - e) okolnosti koje utječu na širenje zarazne bolesti,
 - f) podatke o poduzetim 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, sudionike i postupke u sustavu prijavljivanja ALERT-om uređuje Pododjel kroz standardne operativne postupke za sustav ranog upozoravanja.

Članak 11.**(Dostava podataka)**

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

- (3) Pododjel obavlja validaciju i procjenu prikupljenih podataka i u slučaju potvrde, bez odgađanja obavještava predstojnika Odjela.
- (4) Pododjel priprema, te zdravstvenim ustanovama i predstojniku Odjela dostavlja, mjesecni izvještaj o prijavama zaraznih bolesti iz neformalnih izvora komunikacije.

Članak 12.**(Dijagnoza zarazne bolesti)**

- (1) Prijavljanje zarazne bolesti vrši se na temelju kliničke, odnosno laboratorijske dijagnoze, a prema definiciji slučaja.
- (2) Dijagnoza zarazne bolesti upisuje se na latinskom jeziku i označuje se prema posljednjoj važećoj Međunarodnoj klasifikaciji bolesti.
- (3) Ako se prijavljivanje zarazne bolesti vrši na temelju kliničke dijagnoze, pojedinačna prijava podnosi se u roku od 24 sata od postavljanja dijagnoze, kao mogući ili vjerojatan slučaj, ovisno od usvojene definicije slučaja za danu bolest.
- (4) U slučaju kada je, radi postavljanja dijagnoze, preuzeo i mikrobiološko ili laboratorijsko ispitivanje, prijava zarazne bolesti podnosi se u roku od 24 sata od dobivanja konačnih laboratorijskih nalaza, a ukoliko je utvrđen uzročnik zarazne bolesti, bolest se prijavljuje kao potvrđen slučaj.

Članak 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 stavke (1) ovog članka, Higijensko-epidemiološka služba dostavlja Pododjelu, kod kojeg se uvode u knjigu prijava zaraznih bolesti i u elektronsku bazu prijava zaraznih bolesti.
- (3) U okviru epidemiološkog nadzora za područje Distrikta, Pododjel priprema tjedni pregled prijava zaraznih bolesti u Distriktu.
- (4) U okviru epidemiološkog nadzora za područje Distrikta, Pododjel priprema mjesecni 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.

Članak 14.**(Osobni podatci)**

Osobni podatci na prijavi o zaraznim bolestima obrađuju se i koriste u skladu s propisima kojima se uređuje zaštita osobnih podataka.

Članak 15.**(Prijava HIV-a, odnosno AIDS-a)**

- (1) Prijave oboljenja ili smrti od HIV-a, odnosno AIDS-a, kao i nositelja antitijela na HIV, nakon potvrđne dijagnoze, na propisanom obrascu s identifikacijskim kodom popunjava i podnosi doktor medicine, specijalista infektologije, u dva primjerka i u zapečaćenim kuvertama dostavlja Pododjelu.
- (2) Ako je riječ o nositelju HIV infekcije, a u kasnijem razdoblju nastupi razvoj stečenog nedostatka imuniteta, provodi se i prijava AIDS-a, na istom obrascu i s istim identifikacijskim kodom.

Članak 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 stavke (1) ovog članka 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 Pododjelu.
- (4) Odjavu iz stavke (2) ovog članka popunjava doktor medicine specijalista pulmologije koji, u skladu s definicijom ishoda liječenja, konstatira ishod bolesti i istu dostavlja putem Higijensko-epidemiološke službe JZU Pododjelu.

- (5) Podatke iz prijava iz stavova (1) i (2) ovog članka 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).

Članak 17. (Prijava rezistencije bakterija)

- (1) Rezistencija bakterija na antimikrobne lijekove iz bolničkih pramerno sterilnih izolata prijavljuje se Pododjelu 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.

Članak 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 Pododjelu, a pacijenta upućuje na infektivnu kliniku, odnosno odjel, gdje se postavlja indikacija za postekspozicijski antirabični tretman.
- (3) Nakon što infektolog postavi indikacije za provođenje postekspozicijske antirabične zaštite, na infektivnoj klinici, odnosno odjelu daje se prva doza vakcine i antirabični imunglobulin, 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 osoba bila u kontaktu, a obrazac zahtjeva se nalazi na obrascu koji je sastavni dio ovog Pravilnika (ANEKS XVII).
- (5) Nadležna inspekcija u suradnji s tijelom nadležnim za poslove veterinarstva na području Distrikta dostavlja podatke o obavljenom nadzoru Higijensko-epidemiološkoj službi JZU, koja u skladu s rezultatima veterinarskog nadzora provodi dalji antirabični tretman.
- (6) Nakon provedenog antirabičnog tretmana, JZU dostavlja Pododjelu prijavu o provedenom antirabičnom tretmanu, na obrascu koji je sastavni dio ovog Pravilnika (ANEKS XVIII).

Članak 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 Pododjelu.
- (3) Podatak o pojavi epidemije zaraznih bolesti s procjenom rizika daljnog razvoja epidemije, Pododjel dostavlja predstojniku Odjela, 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 obaveštajava nadležnu inspekciju, u ovisnosti od izvora zaraze i puteva prenošenja uzročnika epidemije.

Članak 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) Odjavu epidemije zarazne bolesti vrši se po isteku dvostrukog najdužeg inkubacijskog razdoblja određenog za zaraznu bolest koja je prouzrokovala epidemiju i podnosi se Pododjelu.
- (3) Uz obrazac o odjavi epidemije zdravstvena ustanova Pododjelu dostavlja i konačno završno izvješće o epidemiji.
- (4) Podatak o pojavi epidemije zaraznih bolesti s procjenom rizika daljnog razvoja epidemije Pododjel dostavlja predstojniku Odje-

- la, najkasnije u roku od 48 sati od kada je zdravstvena ustanova odjavila epidemiju.
- (5) U okviru epidemiološkog nadzora u Distriktu, Pododjel priprema, i u okviru svog mjesecnog izvještaja, predstojniku Odjela dostavlja podatke o prijavljenoj i odjavljenoj epidemiji u Distriktu.

Članak 21. (Antropozoonoza)

Pododjeljenje mjesечно obaveštava tijelo nadležno za poslove veterinarstva na području Distrikta o kretanju zoonoza u Distriktu i o vrsti i pojavi prijavljenih antropozoonoza.

Članak 22. (Prijava intrahospitalne infekcije)

- (1) Prijavu infekcija povezanih s pružanjem usluga zdravstvene zaštite (u dalnjem tekstu: intrahospitalne infekcije) popunjava doktor medicine zdravstvene ustanove u kojoj je infekcija nastala, na obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika (ANEKS XI).
- (2) Prijavu iz stavke (1) ovog članka, tijelo ili osoba nadležna za prevenciju intrahospitalnih infekcija u zdravstvenoj ustanovi dostavlja Pododjelu najkasnije u roku od 48 sati od potvrđivanja prijave.

Članak 23. (Prijava laboratorijski utvrđenog uzročnika)

- (1) Prijavu o laboratorijski utvrđenom uzročniku zarazne bolesti, sa popisa zaraznih bolesti obveznih 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) Prijavljanje laboratorijski utvrđenog uzročnika zarazne bolesti provodi se u roku od 24 sata od utvrđivanja uzročnika.

Članak 24. (Povratni podatci)

- (1) S ciljem učinkovitosti rada cijelokupnog sustava nadzora, obaveštanja sudionika u sustavu prijavljivanja zaraznih bolesti te verifikacije i eventualne ispravke podataka, Pododjel dostavlja tjedne povratne podatke u svom području provođenja nadzora nad zaraznim bolestima, zdravstvenoj ustanovi i doktoru medicine koji je dostavio prijavu zarazne bolesti.
- (2) Povratni podatci su jasni i redoviti, i mogu se dati kroz posjetu, zatim u pismenom, telefonskom ili elektronskom obliku ili na bilo koji drugi način koji odgovara danoj situaciji.
- (3) U slučaju da se povratni podatci dostavljaju u obliku tablica, one sadrže i odgovarajuće objašnjenje tabličnih podataka.
- (4) Načine razmjene podataka o pojavi zaraznih bolesti, načinu verifikacije podataka, epidemiološkog istraživanja zarazne bolesti i po-duzimanja odgovarajućih mjera, uređuje Pododjel kroz standardne operativne procedure za sustav nadzora nad zaraznim bolestima.

Članak 25. (Sadržaj godišnjeg izvještaja)

- (1) Godišnje izvješće o ukupnom kretanju zaraznih bolesti na teritoriji Distrikta Pododjel dostavlja predstojniku Odjela najkasnije do 31. ožujka tekuće godine za prethodnu godinu, u skladu sa Zakonom.
- (2) Izvješće iz stavka (1) ovog članka sadrži:
- a) kratki opis izvješća;
 - b) pregled kretanja zaraznih bolesti u prethodne četiri godine;
 - c) opće podatke o načinu i metodologiji verifikacije i analizi prikupljenih podataka;
 - d) godišnji pregled kretanja sljedećih zaraznih bolesti sa tumačenjem podataka za:
 - 1) respiratorne zarazne bolesti,
 - 2) seksualno prenosive zarazne bolesti,
 - 3) zarazne bolesti koje se prenose zaraženom hranom i vodom i zoonoze,
 - 4) vektorski prenosive zarazne bolesti i karantenske bolesti,
 - 5) cjepivom preventivne zarazne bolesti,
 - 6) zarazne bolesti koje su povezane s antimikrobnom rezistencijom i intrahospitalne infekcije,
 - 7) podatke o epidemijama zaraznih bolesti;
 - e) zaključak i preporuke.

Članak 26.
(Stupanje na snagu)

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljanja 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

PREDSTOJNIK ODJELA
mr. sc. Asmir Mujanović, dipl. oec., v. r.

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): _____ Oznaka (MKB): _____

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

NE 1

DA – potpuno..... 2

– nepotpuno..... 3

NEMA DOSTUPNIH PODATAKA 4

CIJEPLJENJE NIJE OBVEZNO..... 5

18. Datumi cijepljenja i re-cijepljenje: _____

19. Klasifikacija slučaja: moguć vjerojatan potvrđen

20. Komentar:

Mjesto i datum podnošenja prijave:

Potpis i faksimil doktora medicine:

M. P.

ANEKS II

BRČKO DISTRINKT 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

Oznaka oboljelog:	<input type="text" value="_____"/>	Dan/mjesec/godina rođenja	<input type="text" value="_____"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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:	Dob pacijenta kod postavljanja dijagnoze:	
<input type="checkbox"/> HIV infekcija (nije AIDS) _____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> AIDS _____ / _____ / _____		
<input type="checkbox"/> Novi	Datum prvog pozitivnog testa:	
<input type="checkbox"/> Ponovna registracija	_____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Nepoznato	Datum posljednjeg pozitivnog testa:	
<i>Vitalni status:</i>	<input type="checkbox"/> Živ	
	<input type="checkbox"/> Umro Datum smrti: _____ / _____ / _____	
	<input type="checkbox"/> Nepoznato	Mjesto/država u kojoj je registrirana smrt:
Ocjena porijekla slučaja:	Autohton	Importiran (navesti državu): _____

Faktori rizika

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

Transmisijska kategorija (označiti):

- Osoba oboljela od hemofilije
- Heteroseksualna osoba
- Intravenski korisnik droga (dokumentirano HIV poz.)
- Homoseksualna ili biseksualna osoba
- Sa majke na dijete
- Nozokomijalna transmisija
- Transmisija putem transfuzije
- Nepoznato
- Ostalo (navesti) _____

Transmisijski partner (označiti):

- Partner homoseksualna ili biseksualna osoba
- 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 s 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 rađen
HIV-1 (EIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
HIV-1/ HIV-2 combin EIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
HIV-1 Western blot/IFA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Drugi anti-HIV test (navesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Ako HIV laboratorijski test nije dokumentiran, da li je HIV dijagnozu dokumentirao doktor medicine:

Da Ne Nepoznato

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

Imunološki testovi:

Prve vrijednosti

CD 4 _____ stanica/ml

Posljednje vrijednosti

CD 4 _____ stanica/ml

CD 4%

CD 4%

Datum testa: ____ / ____ / ____

Datum testa: ____ / ____ / ____

Posljednja vrijednost virusne težine (količina krvi oboljelih / virus load) _____ kopija/ ml

Datum 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
- Postojeci 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 europskog AIDS nadzora iz 1993. godine)

Dijagnoza postavljena:

A.

	dd/mm/gg		dd/mm/gg
1 Bakterijske infekcije, multiple rekurzente kod djece mlađe od 13 godina	ili	16 Pneumocystis carinii / jirovecii pneumonija	_____
2 Kandidijaza bronha, traheje ili pluća	_____	17 Pneumonija, rekurzenta kod dospeslih adolescenata starijih od 13 godina*	_____
3 Ezofagealna kandidijaza	_____	18 Progresivna multifokalna leukoencefalopati	_____
4 Kokcidiodiomikoza, izvanplućna diseminirana	ili	19 Salmonella (non typhoid) septikemija rekurzenta	_____
5 Izvanplućna (ehtrapulmon. kriptokokoza)	_____	20 Toksoplazmoza mozga kod bolesnika koji imaju više od mjesec dana	_____
6 Kriptosporidoza	_____	B. Druga oboljenja	_____

7	Citomegaloviroza (izuzev jetre, slezene ili limfonoda) kod bolesnika koji imaju više od mjesec dana.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21	Karcinom cerviksa, invazivni kod odraslih i adolescenata koji imaju više od 13 godina*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Cytomegalovirus retinitis (sa gubitkom vida) Herpes simplex: chronic ulcer(s) (duže od mjesec dana); ili bronkitis, pneumonitis, ili ezoferitits kod bolesnika koji imaju više od mjesec dana.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	22	HIV encefalopatija	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	23	Kapošijev sarkom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Histoplazmoza diseminovana ili izvanplućna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	24	Linfoidna intersticijalna pneumonija kod djece koja imaju više od 13 godina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Isoplasiasis, crijevna sa dijurejama (duže od 1 mjesec)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25	Limfom „Burkitt“ (ili sličan pojam)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Mycobacterium avium complex ili M. kansassi, diseminovana ili izvanplućna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	26	Limfom limfoblastični (ili sličan pojam)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Mycobacterium tuberculosis, plućna kod odraslih i adolescenata koji imaju više od 13 godina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	27	Primarni limfom mozga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Mycobacterium tuberculosis, diseminovana ili izvanplućna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	28	Sindrom kaheksije izazvan sa HIV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Mycobacterium, druge ili neidentificirane vrste, diseminovana ili izvanplućna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	C. Indikatori oboljenja sa nekompletnim podacima (Koristi se samo kad potpunii podaci nisu na raspolaganju)		
			29	Oporunistička infekcija(e), nespecifična	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			30	Limfom(i), nespecifična	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ostalo _____					

Terapija i zdravstveno prosjećivanje

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

Njegov/njen partner će biti upoznat sa svojom izloženošću 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.

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

Je li radala živorodenu djecu?

Da Ne Nepoznato

Ako je odgovor DA, navedi podatke o tome:

Datum: ___/___/___

M. P.

Potpis i faksimil doktora medicine:

ANEKS III

BRČKO DISTRINKT 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: Nužno popuniti sve rubrike.

I. Podaci o pacijentuOznaka pacijenta:

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

Spol: muški ženskiDatum rođenja:

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

Sadašnje prebivalište pacijenta:

Grad/općina: _____ Država: _____

Prijavljuje se: Perinatalna izložnost HIV infekciji AIDS Datum zadnjeg pregleda
 Potvrđena HIV infekcija Seroreverte* dd/mm/gg dd/mm/ggGodina dijagnosticiranja: HIV infekcija (nije AIDS) dd/mm/gg AIDS dd/mm/ggVitalni status: živ umro nepoznato
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 Tijekom trudnoće Nakon rođenja djeteta
 Poslije rođenja djeteta Prije rođenja djeteta, ne zna se kad HIV infekcija, vrijeme dijagnosticiranja nepoznatoDatum majčinog pozitivnog HIV testa:

dan.	mj.	god.
------	-----	------

 Majci je preporučeno HIV testiranje tijekom trudnoće, poroda? Da ne nepoznato

Je li djete rođena biološka majka ikad:	da	ne	nepoz.
1. Koristila intravenske droge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imala HETEROSEKSUALNE odnose sa:			
- korisnikom intravenskih droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- biseksualnim muškarcem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- muškarcem sa hemofilijom ili poremećajem zgrušavanja krvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- primaocem HIV inficirane transfuzije krvi i transplantata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Primila transfuziju krvi/krvnih komponenti (izuzev fakt. zgrušavanja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Primila transplantirano tkivo/organ ili imala izvantsješnu oplodnjku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prije dijagnosticiranja HIV/AIDS dijete je:			
1. Primalo faktore zgrušavanja za hemofiliju/poremećaj koagulacije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Primalo transfuziju krvi/krvnih komponenti (izuzev fakt. zgrušavanja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prva transfuzija (dd/mm/gg)			
- Zadnja transfuzija (dd/mm/gg)			
3. Primalo transplantate tkiva/organa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Koristilo intravenske droge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ostalo (navesti) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*seroreverter – prenesena majčina antitijela

III. Laboratorijski podatci

Anti-HIV testovi kod postavljanja dijagnoze (navesti sve testove, uključujući prvi pozitivan)						Datum testiranja:				
	pozitivan	negativan	neodređeno	nije raden	mj.	god.				
HIV-1EIA-----	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
HIV-IEIA-----	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
HIV-1/HIV-2 kombinirana EIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
HIV-1/HIV-2 kombinirana EIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
HIV-1 Western blot/IFA -----	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
HIV-1 Western blot/IFA -----	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Drugi HIV testovi (navedi) ---	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
HIV testovi za otkrivanje (navesti sve testove):						Datum testiranja:				
	poz.	neg.	neodr.	n. rad.	poz.	neg.	neodr.	nije raden	Datum testiranja	
HIV kultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
HIV kultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
HIV antigen test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
						HIV DNA PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						HIV DNA PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						HIV RNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HIV antigen test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PCR		
					HIV PCR	RNA	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostalo (navesti)							
Testovi za otkrivanje virusa							
Tip testa*	Otkriven da ne	nalaz/ml	Datum testa: mj. god.	* Tip:	10. NASABA (Organon)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		11. RT - PCR (Roche)		
Tip testa*	Otkriven da ne	nalaz/ml	Datum testa: mj. god.	* Tip:	12. bDNK (Chiron)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		20. ostali		
Imunološki testovi (trenutni status)							
CD 4 broj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	stanica/L	Datum testa dan mj. god.	Ako je HIV test bio negativan, ili nije uraden, ili ako je pacijent mlađi od 18 mjeseci, da li je moguće da to dijete ima imunodeficijenciju koja isključuje AIDS?		
CD 4 broj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	stanica/L	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CD 4%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ako laboratorijski test nije dokumentiran, je li postoji lječarski nalaz o:		
CD 4%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum dokumenta da ne ncp.	dan	mj. god.
HIV infekciji	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
da nema HIV infekcije	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IV. Klinički stadij

AIDS indikatori bolesti	Datum dijagnoze		Datum dijagnoze	
	mj. god.		mj. god.	
1. Bakterijske infekcije, multiple ili rekurenne (uključuje septikemiiju (izazvanu salmonelom))	[]	[]	[]	[]
2. Kandidijaza bronha, traheje ili pluća	[]	[]	[]	[]
3. Ezofagealna kandidijaza	[]	[]	[]	[]
4. Kokcidiodomikoza, diseminirana ili izvan pluća	[]	[]	[]	[]
5. Kryptokokoza, izvanplućna	[]	[]	[]	[]
6. Kryptosporidioza hronična intestinalna (trajanje > od mjesec dana)	[]	[]	[]	[]
7. Citomegaloviroza (izuzev jetre, sljezine ili limfona) kod > od mjesec dana	[]	[]	[]	[]
8. Citomegalovirusni retinitis (sa gubljkom vida)	[]	[]	[]	[]
13. Kapošijev sarkom	[]	[]	[]	[]
14. Limfoidna intersticijalna pneumonija ili pulmonalna limfoidna hiperplazija	[]	[]	[]	[]
15. Limfom „Burkitt“ (ili sličan pojam)	[]	[]	[]	[]
16. Limfom limfoblastični (ili sličan pojam)	[]	[]	[]	[]
17. Limfom mozga, primarni	[]	[]	[]	[]
18. Mycobacterium avium complex ili M. kansassi, diseminovana ili vanplućna	[]	[]	[]	[]
19. Mycobacterium tuberculosis, diseminovana ili vanplućna	[]	[]	[]	[]
20. Mycobacterium, druge ili neidentifikovane vrste, diseminovana ili vanplućna	[]	[]	[]	[]

9. HIV encefalopatija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
10. Herpes simplex kronični ulcerozni (trajanje > od mjesec dana) bronhitis, pneumonija, crsozaglav, kod starijih od mjesec dana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
11. Histoplazmoza disemiovna ili izvanplućna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
12. Izosporijaza, hron. intestinalna (trajanje > od mjesec dana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Je li dijagnosticirana tuberkuloza pluća	da	ne	nep.	Ako jeste, navestи dijagnozu i datum	dan	mj.	god.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Povijest rođenja (samo za perinatalne slučajeve)

Povijest rođenja je dostupna	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato	Ako nije, pređite na poglavje VI.		
Bolница u kojoj je dijete rođeno:				Grad/općina:		
Bolница:				Država:		
Prebivalište u trenutku rođenja:						
Grad/općina:				Država:		
Porodajna težina: [] gрама	Vrsta poroda:	<input type="checkbox"/> jednoplodni	<input type="checkbox"/> blizanci	<input type="checkbox"/> > 2	<input type="checkbox"/> nepoznato	Neonatalni status: <input type="checkbox"/> porod u terminu
	Način poroda:	<input type="checkbox"/> vaginalni	<input type="checkbox"/> carski rez			<input type="checkbox"/> prijevremeni
	Defekti na rođenju:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tjeđan ranije	
	Ako da (navedi):					

Prenatalni pregledi:

--	--	--	--	--

Mjesto rođenja majke:

 BiH ostalo (navesti) _____

nepoznato

VI.

Ovo dijete je primalo ili prima:

da ne nep.

Datum početka terapije
dan mj. god.Neonatalni *zidovudin* (ZDV, AZT) za prevenciju HIV infekcije

Druge neonatalne antiretrovirusne lijekove za prevenciju HIV-a

Antiretrovirusnu terapiju za tretman HIV-a

RSR profilaksu

Je li dijete dođilo:

O dijetetu se brinu:

da ne nep.

 bioški roditelji druga rodbina hranioci usvojilioci socijalna ustanova ostalo (navedi u poglavljju VII) nepoznato

VII. Komentar

Ime i prezime doktora medicine:

Telefon/faks:

Potpis i faksimil:

BRČKO DISTRINKT BOSNE I HERCEGOVINE

ANEKS IV

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:

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

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

ANEKS V

BRČKO DISTRINKT BOSNE I HERCEGOVINE

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

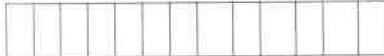
Organizacijska jedinica: _____
Općina/grad: _____
Telefon/faks: _____
Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

PRIJAVA OBOLJENJA / SMRTI OD MALARIJE I NOSITELJA PARAZITA – UZROČNIKA MALARIJE

Prezime, ime oca i ime:

Datum rođenja:

JMB:



Mjesto stanovanja: _____

Adresa: _____

Zanimanje: _____ Radna organizacija/zaposlenje: _____

Država u kojoj je boravio:

Vrijeme boravka: od _____ do _____

Dynamische Interaktionen:

Table 1.1.1 - Data for DMR

Datum ustanowienia i zmiany ustawy _____

Datum izdaje: _____

Klauka analinieza.

Digitized by srujanika@gmail.com

Pozitivna povijest obolijevanja od malarije u posljednjih 12 mjeseci:

DA 1 NE 2 Nepoznato 3

Akcia je trvala do dátumu schliečania:

This is a new version of the old one.

Vrstá parazita: P. falciparum P. Malariae P. Ovale P. vivax

Je li osoba bila podvrgnuta transplantaciji tijela ili transfuziji krvi?

DA 1 NE 2 NEPOZNATO 3 Ako da, navedu točan datum: _____

Oboljenje

(latinski)

Oznaka

Razlog boravka u malaričnom području:

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

Primijenjena hemoprofilaksa:

- | | | |
|-------------------|----|----|
| 1) prije odlaska | DA | NE |
| 2) u toku boravka | DA | NE |
| 3) nakon povratka | DA | NE |

Kod potvrđnog odgovora:

Naziv lijeka: _____

Shema davanja: _____

Naziv lijeka: _____

Shema davanja: _____

Naziv lijeka: _____

Shema 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:				
Je li cijepljen cjepivom?: Da / Ne	MRP	MRP I doza:	MRP II druga doza:		
Ostalo (cjepiva protiv morbića):					
Druga prisutna oboljenja/smetnje:			Datum izbijanja osipa:		
Simptomi:		Je li pacijent hospitaliziran: Da		Ne	
Je li upućena prijava oboljenja: Da		Ne	Ako da, datum kada je prijavljen:		
Podatci 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
Puna krv:					
Serum:					
Podatci o ustanovi:					
Ime i prezime osobe koja upućuje materijal:					
Naziv ustanove, mjesto i telefon:					

BRČKO DISTRINKT BOSNE I HERCEGOVINE**ANEKS VII**

JZU, Dom zdravlja: _____
Mjesto: _____
Adresa: _____

Izvješće za tjedan br. _____, razdoblje od _____ do _____
Općina/grad: _____
Telefon: _____

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

STAROSNE SKUPINE	BROJ OBOLJELIH OD <u>ILI</u> (temperatura ≥ 38 i kašalj)		BROJ OBOLJELIH OD <u>ARI</u> (kašali, grlobojla, kihavica, sa ili bez povišene temperature)	
	Muško	Zensko	Muško	Zensko
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 tjednu bez obzira na dijagnozu (popunjava samo sentinel ustanova):				

Datum podnošenja prijave

Ime i prezime podnositelja izvješća

ANEKS VIII

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

BOLNICA: _____

Izvješće za tjedan br. _____

Općina: _____

razdoblje od _____ do _____

Adresa: _____

Telefon: _____

UZRAST	Muško	Žensko	Ukupno	Umrli
0 do 4				
Od 5 do 14				
od 15 do 29				
od 30 do 64				
65 i više				
Ukupno tijedno:				

Broj novohospitalizirani pacijentata tijedno bez obzira na dijagnozu (popunjava samo sentinel bolnica): _____

Datum podnošenja izvješća _____

Ime i prezime osobe koja popunjava izvješća _____

Potpis: _____

ANEKS IX

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

SARI definicija slučaja: *temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ili anamnestički podatak o povišenoj temperaturi i kašalju, koji su počeli unutar posljednjih 10 dana i zahtijevaju hospitalizaciju*

BRČKO DISTRINKT 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:
PODATCI O PACIJENTU	
Ime i prezime pacijenta:	JMB:
Spol: <input type="checkbox"/> Muško <input type="checkbox"/> Žensko	Datum rođenja:
Mjesto i adresa prebivališta:	Telefon pacijenta / člana obitelji:
Zanimanje i gdje je zaposlen:	
Putovanje koje je prethodilo bolesti ili koje je trajalo tijekom početka bolesti (grad, zemlja i točan datum):	
Ako je žensko: <input type="checkbox"/> Trudnica <input type="checkbox"/> U postpartuumu (do 6 sedmica) <input type="checkbox"/> Nijedno	
KRONIČNA OBOLJENJA	
<input type="checkbox"/> Kronično respiratorno oboljenje <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Dijabetes <input type="checkbox"/> Kronično kardiovaskularno oboljenje	
<input type="checkbox"/> Kronično bubrežno oboljenje <input type="checkbox"/> Kronično oboljenje jetre <input type="checkbox"/> Kronično neurološko oboljenje	
<input type="checkbox"/> Stanje imunokompromitovanosti <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Bez kroničnog oboljenja	
OSTALO	

<input type="checkbox"/> Gojaznost (BMI > 30 ili procjena na temelju kliničkog pregleda)	<input type="checkbox"/> Pothranjenost	
<input type="checkbox"/> Tuberkuloza	<input type="checkbox"/> Onkološko oboljenje	<input type="checkbox"/> Druga metabolička oboljenja
<input type="checkbox"/> Ostalo	(navesti) _____	

CIJEPLJENJE I ANTIVIRALNA TERAPIJA

Da li je pacijent uzimao antiviralne lijekove bilo kada od početka trenutnog oboljenja?	<input type="checkbox"/> Da Datum početka uzimanja: _____ <input type="checkbox"/> Ne
Ako da, koji je naziv antiviralnog lijeka: (navesti) _____	<input type="checkbox"/> Oseltamivir <input type="checkbox"/> Zanamivir <input type="checkbox"/> Drugi
Je li pacijent cijepljen ove sezone protiv gripe?	<input type="checkbox"/> Da/ Datum: _____ <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato

SARI DEFINICIJA SLUČAJA (Svrha ovih podataka je utvrđivanje definicije slučaja)

Izmjerena temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato
Način mjerena temperature:	<input type="checkbox"/> oralno <input type="checkbox"/> aksilarno <input type="checkbox"/> drugo
Pozitivna povijest o febrilnosti?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato
Prisutan kašalj?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato
Nužna hospitalizacija (ne vodi se samo kroz dnevnu bolnicu)?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato

Potpis i faksimil doktora medicine

ANEKS X

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

I	Je li utjecaj na javno zdravlje događaja ozbiljan? (pitanja 1, 2 i 3)
DA / NE / Nisam siguran/a	
<p>1. Je li broj slučajeva i/ili broj smrtnih slučajeva za ovu vrstu događaja velik za dano mjesto, vrijeme ili stanovništvo?</p> <p><i>DA/NE/Nisam siguran/a</i></p>	
<p><i>Komentar:</i></p> 	
<p>2. Ima li događaj mogućnost velikog utjecaja na javno zdravlje?</p> <p><i>DA / NE / Nisam siguran/a</i></p>	
<p><i>Komentar (koristiti navedena pitanja)</i></p> <p><i>Je li događaj uzrokovani patogenom s velikom mogućnošću uzrokovanja epidemije? (npr. infektivnost agensa, veliki broj smrtnih slučajeva, više načina prijenosa ili zdrav prijenosnik)</i></p> <p><i>Događaj predstavlja indikaciju neuspjelog tretmana? (npr. novi događaj ili otpornost na antibiotike koja se tek javlja, neuspjelo cijepljenje, otpornost na antidot ili njegova neuspješnost)</i></p> <p><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></p> <p><i>Broj slučajeva o kojima izvještava?</i></p> <p><i>Je li rizično stanovništvo posebno ugroženo? (izbjeglice, niska razina imunizacije, djeca, starije osobe, nizak imunitet, pothranjenost, itd.)</i></p> <p><i>Postoje prateći faktori koji mogu ometati ili odlagati reakciju u polju javnog zdravstva? (prirodne katastrofe, oružani sukobi, nepovoljni vremenski uvjeti, više žiža u državi-potpisnici).</i></p>	

Događaj se dogodio/dogadja u zoni s velikom gustoćom 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 geografsko područje?

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

DA / NE / Nisam siguran-a

Komentar (koristiti navedena pitanja)

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

Postoji li nedostatak antidota, lijekova i/ili cjepivo i/ili zaštitne opreme, opreme za dekontaminaciju ili pomoćna oprema za pokrivanje procijenjenih potreba?

II Je li događaj neuobičajen ili neočekivan? (pitanja 4 i 5)	
DA / NE / Nisam siguran-a	
<i>4. Je li događaj neuobičajen?</i>	
DA / NE / Nisam siguran-a	
<i>Komentar (koristiti navedena pitanja)</i> <i>Je li događaj uzrokovani nepoznatim agensom ili... ?</i> <i>Je li put prijenosa neuobičajen ili nepoznat? Opisati sredstvo, put prijenosa?</i> <i>Evolucija slučaja je ozbiljnija nego što je očekivano?</i> <i>Je li dešavanje samog tog događanja neuobičajeno za to polje, sezonu ili stanovništvo?</i>	
<i>5. Je li događaj neočekivan iz perspektive javnog zdravstva?</i>	
DA / NE / Nisam siguran-a	
<i>Komentar (koristiti navedena pitanja)</i> <i>Je li događaj uzrokovani oboljenjem/agensom koji je već eliminiran ili iskorijenjen iz države-potpisnice ili o njemu prethodno nije bilo izvješća?</i>	
III Postoji li značajan rizik od širenja na međunarodnoj razini? (pitanje 6)	
DA / NE / Nisam siguran-a	
<i>6. Postoje li dokazi o epidemiološkoj vezi sa sličnim događajima u drugim</i>	

državama?

DA / NE / Nisam siguran-a

Komentar (koristiti navedena pitanja):

Postoji li 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 poviješću u okviru protekllog mjeseca, međunarodna putovanja, sudjelovanje na međunarodnom okupljanju, bliski kontakt s međunarodnim putnicima ili jako mobilnim stanovništvom)

Je li događaj prouzročen kontaminacijom okoline, pri čemu postoji mogućnost širenja preko međunarodnih granica?

Je li događaj u zoni gustog međunarodnog prometa uz ograničene kapacitete sanitarnog nadzora ili detekcije ili dekontaminacije okoliša?

IV Postoji li značajan rizik od ograničenja međunarodnog prometa ili trgovine? (pitanja 7, 8, 9 i 10)

DA / NE / Nisam siguran/a

7. Jesu li slični događaji u prošlosti dovodili do međunarodnih ograničenja u trgovini i/ili u prometu?

DA / NE / Nisam siguran/a

Komentar:

8. Sumnja li se ili zna da su izvor neki prehrabeni proizvod, voda ili neka druga roba koja bi mogla biti kontaminirana, a izvezena/uvezena je u drugu državu ili iz drugih država?

DA / NE / Nisam siguran/a

Komentar:

<p><i>Je li se događaj desio u vezi s nekim međunarodnim okupljanjem ili u zoni gustog međunarodnog turizma?</i></p> <p><i>DA / NE / Nisam siguran/a</i></p> <p><i>Komentar</i></p>
<p><i>Je li događaj doveo do zahtjeva za dodatnim obavještavanjem od inozemnih službenika ili međunarodnih medija?</i></p> <p><i>DA / NE / Nisam siguran/a</i></p> <p><i>Komentar:</i></p>

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 osobe koja je ispunila izvješće

Potpis ovlaštene osobe Pododjela

M. P.

ANEKS XI

Knjiga prijava zaražnih bolesti
Brčko distrikt Bosne i Hercegovine

INTRODUCTION

Cijepjen		Datum				Napomena / Komentar	
NE potpuno kada	DA nepotpuno kada	Datum nepoznato oboljevanja	Datum prijavljivanja hospitalizacije	Datum smrti	DA – NE	Kliconoša	
10	11	12	13	14	15	16	17
						18	19

ANEKS XII

**PRIJAVA OBOLJELOG OD TUBERKULOZE
BRČKO DISTRINKT BOSNE I HERCEGOVINE**

Naziv ustanove:					
Adresa ustanove:					
Ime nadležnog dr. med.:					
Oznaka ustanove:					
Podatci uneseni u registar jedinice lokalne samouprave pod rednim brojem:					
Telefon:					
Prezime (ime oca) i ime pacijenta:					
JMB	<input type="text"/>				
Adresa boravišta:	Stalna adresa:		Općina/mjesto:		
Zanimanje:	Godine života:		Telefon:		Spol: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
<input type="checkbox"/>	Urbano stanovništvo		Ruralno stanovništvo		
Skolska spremja:	Bračno stanje:	Socijalni status kućanstva*:	Primanja:	Radni status:	
<input type="checkbox"/> osnovna škola <input type="checkbox"/> neoženjen/neudata	<input type="checkbox"/> oženjen/udana <input type="checkbox"/> VŠS <input type="checkbox"/> VSS <input type="checkbox"/> Ostalo _____	<input type="checkbox"/> ispod praga siromaštva <input type="checkbox"/> iznad praga siromaštva <input type="checkbox"/> nepoznato	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> nezaposlen <input type="checkbox"/> učenik/student <input type="checkbox"/> umirovljenik <input type="checkbox"/> predškolski uzrast	
<small>*Za potrebe popunjavanja ove prijave, u kategoriju siromašnih se ubrajaju osobe kod kojih su primanja po prilagođenom članu kućanstva manja od 370 KM (izračunava se tako da se ukupna primanja kućanstva podijeli sa koeficijentom koji se dobije kada se zbroje koeficijenti dodijeljeni pojedinim članovima obitelji, i to: glava obitelji – 1; odrasli članovi – 0,5, djeca mlada od 14 godina – 0,3).</small>					
Pripadnost osjetljivoj skupini:					
Državljanstvo BiH:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE				
Drugo državljanstvo:					
Boravak u inozemstvu:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE				
Država boravka:					
Datum odlaska u inozemstvo:	Datum povratka iz inozemstva:				

<p>Migracijski status:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> raseljena osoba <input type="checkbox"/> izbjeglica <input type="checkbox"/> povratnik 	<p>Raniji boravak u zatvoru: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Mjesto služenja zatvorske kazne: _____</p> <p>Datum prijema: _____</p> <p>Datum otpusta: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Trenutno na izdržavanju zatvorske kazne</p>		
<p>GLAVNA LOKACIJA OBOLJENJA (označiti samo jedno)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> plućna <input type="checkbox"/> urogenitalna <input type="checkbox"/> limfatična <input type="checkbox"/> peritonealna/digestivni trakt <input type="checkbox"/> limfatična, ekstratorakalna <input type="checkbox"/> diseminirana (kliconoštvo) <input type="checkbox"/> CNS, meningealna <input type="checkbox"/> ostalo _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pleuralna <input type="checkbox"/> CNS, izuzev meningealne <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – kičmena <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – izuzev kičmene </td> </tr> </table>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> plućna <input type="checkbox"/> urogenitalna <input type="checkbox"/> limfatična <input type="checkbox"/> peritonealna/digestivni trakt <input type="checkbox"/> limfatična, ekstratorakalna <input type="checkbox"/> diseminirana (kliconoštvo) <input type="checkbox"/> CNS, meningealna <input type="checkbox"/> ostalo _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pleuralna <input type="checkbox"/> CNS, izuzev meningealne <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – kičmena <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – izuzev kičmene
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> plućna <input type="checkbox"/> urogenitalna <input type="checkbox"/> limfatična <input type="checkbox"/> peritonealna/digestivni trakt <input type="checkbox"/> limfatična, ekstratorakalna <input type="checkbox"/> diseminirana (kliconoštvo) <input type="checkbox"/> CNS, meningealna <input type="checkbox"/> ostalo _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pleuralna <input type="checkbox"/> CNS, izuzev meningealne <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – kičmena <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – izuzev kičmene 		
<p>SPOREDNA LOKACIJA OBOLJENJA (označiti samo jedno)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> plućna <input type="checkbox"/> urogenitalna <input type="checkbox"/> limfatična <input type="checkbox"/> peritonealna/digestivni trakt <input type="checkbox"/> limfatična, ekstratorakalna <input type="checkbox"/> diseminirana (kliconoštvo) <input type="checkbox"/> CNS, meningealna <input type="checkbox"/> ostalo _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pleuralna <input type="checkbox"/> CNS, izuzev meningealne <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – kičmena <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – izuzev kičmene </td> </tr> </table>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> plućna <input type="checkbox"/> urogenitalna <input type="checkbox"/> limfatična <input type="checkbox"/> peritonealna/digestivni trakt <input type="checkbox"/> limfatična, ekstratorakalna <input type="checkbox"/> diseminirana (kliconoštvo) <input type="checkbox"/> CNS, meningealna <input type="checkbox"/> ostalo _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pleuralna <input type="checkbox"/> CNS, izuzev meningealne <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – kičmena <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – izuzev kičmene
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> plućna <input type="checkbox"/> urogenitalna <input type="checkbox"/> limfatična <input type="checkbox"/> peritonealna/digestivni trakt <input type="checkbox"/> limfatična, ekstratorakalna <input type="checkbox"/> diseminirana (kliconoštvo) <input type="checkbox"/> CNS, meningealna <input type="checkbox"/> ostalo _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pleuralna <input type="checkbox"/> CNS, izuzev meningealne <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – kičmena <input type="checkbox"/> koštana/artikularna – izuzev kičmene 		
<p>Anropometrijski podaci:</p> <p>Težina: _____ Visina: _____</p> <p>BMI: _____</p>			
<p>Rezultat laboratorijske dijagnostike na početku liječenja:</p> <p>Uzorak: _____ I II III</p> <p>Datum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sputum</p>	<p>Rezultat kulture na mikrobakterije:</p> <p>Datum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> čvrste podloge <input type="checkbox"/> tečne podloge <input type="checkbox"/> pozitivan</p>	<p>Identifikacija/tipizacija:</p> <p><input type="checkbox"/> <i>M. tuberculosis</i> <input type="checkbox"/> <i>M. tuberculosis complex</i> <input type="checkbox"/> MOTT – netuberkulozne mikrobakterije</p>	

<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> negativan	<input type="checkbox"/> ostalo
<input type="checkbox"/> Ph dg	<input type="checkbox"/> nije urađen	
<input type="checkbox"/> drugo	<input type="checkbox"/> u radu	
<input type="checkbox"/> pozitivan		
<input type="checkbox"/> negativan		
<input type="checkbox"/> nije urađen		

Molekularna dijagnostika LPA:

HAIN Gene Xpert Ostalo DA NE nepoznato

Rezultati LPA testiranja

RTG dijagnostika: DA NE nepoznato

Rezultati LPA testiranja

Prethodna dijagnoza tuberkuloze: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA ako je DA, mjesec _____ godina _____	Oboljeli identificiran nakon: <input type="checkbox"/> Pasivnog javljanja <input type="checkbox"/> Aktivnog traganja među osjetljivim skupinama <input type="checkbox"/> Aktivnog traganja među kontaktima <input type="checkbox"/> 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 antiuberkulotici
- 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

Komentar:

Mjesto i datum prijavljivanja

Potpis odgovorne osobe

M. P.

ANEKS XIII

ODJAVA O ISHODU LIJEČENJA TUBERKULOZE

BRČKO DISTRINKT BOSNE I HERCEGOVINE

Naziv ustanove: _____

Adresa ustanove: _____

Ime nadležnog lječara: _____

Oznaka ustanove: _____

Podatci uneseni u registar jedinice lokale 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
Dijagnoza Definicija slučaja na početku liječenja: <input type="checkbox"/> Novi <input type="checkbox"/> Recidiv <input type="checkbox"/> Neuspješno liječenje <input type="checkbox"/> Preseljeni <input type="checkbox"/> MDR/XDR <input type="checkbox"/> Drugi tipovi rezistencije <input type="checkbox"/> Ostalo	Ishod liječenja: <input type="checkbox"/> (I) Izlječen <input type="checkbox"/> (Z) Završeno liječenje <input type="checkbox"/> (P) Prekid liječenja* <input type="checkbox"/> (G) neuspješno liječenje <input type="checkbox"/> (I) Iseljenje <input type="checkbox"/> (S) Smrt	Alergija na: <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RK <input type="checkbox"/> PZA <input type="checkbox"/> ET <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> (K) Kožna <input type="checkbox"/> (IG) Gastrointestinalna <input type="checkbox"/> (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: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	MDR tretman <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

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

Antropometrijski podatci:

Težina: _____ Visina: _____ BMI: _____

Komentar:

Datum odjave:

M. P.

Potpis odgovorne osobe:

ANEKS XIV

ANEKS XV

BRČKO DISTRIKT BOSNE I HERCEGOVINE PRIJAVA ANTIBIOTSKE REZISTENCije		
1	Uzročnik:	
2	Laboratorijska oznaka	
3	Oznaka uzorka	
4	Vrsta uzorka	
5	Datum uzimanja uzorka	
6	Oznaka pacijenta	
7	Godina rođenja	
8	Spol	
9	Oznaka bolnice	
10	Zbrinjavanje pacijenta	na odjelu: ambulantno:
11	Datum prijema:	
12	Odjel:	

Antibiotik	SIR (konačni rezultat S, I, R)	Promjer zone (mm)	MIC (mg/L)	MIC interpretacija (S, I, R)	E-test (mg/L)	E-test interpretacija (S, I, R)
Ostali testovi:	Pozitivan	Negativan	Nepoznato			
ESBL						
Karbapenemaze				Datum prijave:		

ANEKS XVI**BRČKO DISTRINKT 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: _____

JMB

Zanimanje: _____ Adresa stanovanja: _____

Datum povreda: _____ Mjesto gdje je nastalo povređivanje: _____

Lokalizacija povreda: _____ Broj povreda: _____

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

Ujed/povreda provociran: _____

Antitetanusna zaštita (redovna): _____

Je li ranije antirabično tretiran? _____ Ako da, navesti datum: _____ Cjepivo: _____

Broj primljenih doza: _____

Vrsta životinje koja je nanijela povredu: _____

Podatci o životinji:

živa poznata
odlutila ubijena
uginula cijepljena

Vlasnik životinje: _____ Adresa: _____

Dan 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.

BRČKO DISTRINKT BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstvena ustanova:

Adresa:

Telefon/faks/elektronska pošta:

Veterinarska inspekcija/ustanova:

Adresa:

Telefon/faks/elektronska pošta:

ANEKS XVII

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

Podaci o osobi 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 proboga kože, ogrebotina, kontakt sa slinom životinje, kontakt sa krvnom životinje, drugo (opisati):

Podaci o životinji

Vrsta, rasa, spol i dob:

_____Identifikacijski broj i drugi podatci:

Podaci o vlasniku/držatelju 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 promatranje u narednih 10 dana i/ili obavite druge potrebne preglede. O nalazu ili nemogućnosti postavljanja istog potrebno je da odmah telefonom obavijestite dolje potpisanih doktora, a ovu zdravstvenu ustanovu faksom ili elektroničkom poštom.

Obvezno ovoj zdravstvenoj ustanovi pismeno dostavite i sve sljedeće podatke:

- podatci o vlasniku/držatelju životinje i samoj životinji koji gore nedostaju,

- datum početka i završetka nadzora/pregleda,
- vrsta nadzora/pregleda,
- rezultat nadzora/pregleda,
- datum i vrsta cijepljenja životinje (obavljene prije izloženosti ugrožene osobe),
- stručno mišljenje.

Broj: _____

U _____

Datum: _____

Doktor medicine

M. P.

Ravnatelj

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: _____

Postekspozicijska imunizacija antirabičnim cjepivom

Dani:	Datum Imunizacije:	Naziv cjepiva:	Primjedba/reakcije:
0			
3			
7			
14			
28			

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

—

M. P.

ANEKS XIX

BRČKO DISTRINKT 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: _____ Oznaka (MKB): _____
 Uzročnik: _____

Datum početka epidemije: _____ Datum otkrivanja epidemije: _____
 Indeksni slučaj ili prvi prijavljeni slučaj (datum i mjesto):

Broj:
 izloženih _____ oboljelih _____ hospitaliziranih _____ umrlih _____

Izvor zaraze: utvrđen _____ neutvrđen _____
 Put prenošenja: _____
 Uzročnik: _____ (dokazan/nije dokazan/u ispitivanju)

Klinička slika bolesti: _____
 Laboratorijske pretrage (vrsta, broj): _____
 Uzorci (hrana, voda, okolina): _____
 Imunizacijski status oboljelih na temelju uvida u medicinsku dokumentaciju broj: _____
 potpuno cijepljenih: _____ nepotpuno cijepljenih: _____
 necijepljenih: _____ nepoznato: _____
 Poduzete protuepidemijske mjere: _____

Cijepljeno u sklopu protuepidemijskih mjer:

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

Epidemiološka prognoza: _____
 Nužna pomoć (kadrovi, oprema, sredstva): _____

Mjesto i datum podnošenja prijave

Potpis i faksimil doktora medicine

M. P.

ANEKS XX**BRČKO DISTRINKT BOSNE I HERCEGOVINE**

Zdravstvena ustanova: _____

Mjesto: _____

Općina/grad: _____

Ulica i broj: _____

Telefon/faks: _____

Elektronička pošta: _____

Broj pod kojim je prijava zavedena: _____

ODJAVA EPIDEMIJE ZARAZNE BOLESTI

Bolest koja se pojavila u epidemijskoj formi:

Dijagnoza: _____ Oznaka (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, obitelj i dr.): _____

broj izloženih _____ broj oboljelih _____ broj hospitaliziranih _____ 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

Provredene protuepidemijske mjere: _____

Ukupno cijepljeno od početka do kraja epidemije u sklopu protuepidemijskih mjeri:

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

Predložene mјere za trajno uklanjanje opasnosti: _____

Drugi podatci značajni za pojavu i širenje epidemije i vezani za provedene mјere: _____

Mjesto i datum podnošenja odjave

Potpis i faksimil liječnika

M. P. _____

ANEKS XXI**BRČKO DISTRINKT BOSNE I HERCEGOVINE**

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

Organizacijska 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 mjestra | ___ Infekcija kardiovaskularnog sistema |
| ___ Infekcija krvi | ___ Infekcija centralnog nervnog sistema |
| ___ Infekcija pluća | ___ Infekcija nosa, oka ili uha |
| ___ Infekcija mokraćnog sustava | ___ Infekcija sistema za varenje |
| ___ Infekcija koštano-zglobnog sustava | ___ Infekcija kože i mekih tkiva |
| ___ Infekcija spolnog sustava | ___ Infekcija više organskih sustava |
| ___ Infekcija sistema za disanje | ___ Druge infekcije |
- _____

Vrsta materijala: _____ Rezultat/uzročnik: _____

Rezistentnost uzročnika: DA NE

Navesti naziv skupine 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 DISTRINKT BOSNE I HERCEGOVINE**

Zdravstvena ustanova: _____

Organizacijska jedinica: _____

Mjesto: _____

Općina/grad: _____

Ulica i broj: _____

Telefon/faks: _____

Elektronska pošta: _____

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/zaposlenost: _____

Razlog uzimanja i slanja materijala (dijagnoza, simptomi):

Država iz koje je doputovao: _____

Datum dolaska u Brčko distrikt BiH: _____

Tko šalje materijal: _____
(pravna osoba, fizička osoba – osobno, 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. _____

