

1842

На основу члана 29. став 5. Закона о заштити становништва од заразних болести ("Службени гласник Републике Српске", број 14/10) и члана 82. став 2. Закона о републичкој управи ("Службени гласник Републике Српске", бр. 118/08, 11/09, 74/10 и 86/10), министар здравља и социјалне заштите доноси

ПРАВИЛНИК**О НАЧИНУ ПРИЈАВЉИВАЊА, САДРЖАЈУ ЕВИДЕНЦИЈЕ И ПРИЈАВЕ О ЗАРАЗНИМ БОЛЕСТИМА****Члан 1.**

Овим правилником прописује се обавезно пријављивање обољења, стања, смрти или епидемије од заразних болести, других случајева који подлијежу обавезном пријављивању и одређују се рокови, начин и обрасци за њихово пријављивање.

Члан 2.

Обавезном пријављивању подлијежу:

- а) обољења и стања од заразних болести наведена у члану 6. Закона о заштити становништва од заразних болести (у даљем тексту: Закон),
- б) смрт од заразне болести која није наведена у члану 6. Закона,
- в) сумња да постоји обољење од колере, куге, великих богиња, жуте грознице, вирусних хеморагичких грозница, полиомијелитиса, дифтерије, малих богиња и ботулизма,
- г) епидемија заразне болести,
- д) излучивање узročника трбушног тифуса, других салмонелоза, шигелоза, носилаштво паразита - узročника маларије,
- ђ) инфекција унутар здравствених установа (болничка инфекција),
- е) резистенција бактерија на антимикуробне лијекове,
- ж) лабораторијски утврђен узročник заразне болести и
- з) сумња на употребу биолошког агенса.

Члан 3.

Обавезно пријављивање на прописаном обрасцу врши здравствена установа, на основу пријаве коју попуњава доктор медицине који утврди случајеве из члана 2. овог правилника који подлијежу обавезном пријављивању у роковима и на начин који је прописан овим правилником.

Члан 4.

Обавезно пријављивање обољења, стања и смрти од заразних болести врши се:

- а) појединачном пријавом,
- б) нултом пријавом,
- в) хитном пријавом,
- г) збирном пријавом и
- д) системом за рано упозоравање и хитно реаговање (у даљем тексту: АЛЕРТ).

Члан 5.

(1) Појединачном пријавом пријављује се:

- а) обољење, стање и смрт од заразне болести из члана 2. тачка а) овог правилника,

б) смрт од заразне болести која није наведена у члану 2. тачка а) овог правилника,

в) сумња да постоји обољење од заразне болести утврђене у члану 2. тачка в) овог правилника,

г) излучивање клица од заразних болести утврђених у члану 2. тачка д) овог правилника и

д) носилаштво паразита - узročника маларије.

(2) Појединачна пријава којом се пријављују случајеви из става 1. т. а), б), в) и г) овог члана подноси се на обрасцу који је наведен у Прилогу број 1. овог правилника и чини његов саставни дио.

(3) Појединачна пријава носилаштва антителија на HIV, обољења или смрти од HIV-а подноси се на обрасцима који су наведени у Прилогу број 2. овог правилника и чине његов саставни дио.

(4) Појединачна пријава којом се пријављује обољење или смрт од маларије и носилаштво паразита - узročника маларије подноси се на обрасцу који је наведен у Прилогу број 3. овог правилника и чини његов саставни дио.

Члан 6.

(1) Нултом пријавом пријављује се одсуство акутне флакцидне парализе, малих богиња - морбила, конгениталне рубеоле, других заразних болести и других случајева, у складу са међународним санитарним конвенцијама и потврђеним међународним уговорима и програмима.

(2) Поступак пријављивања нултом пријавом врши се према стручно-методолошким упутствима, израђеним у складу са програмима за одстрањивање и искорјењивање заразних болести, а на обрасцу направљеном у складу са препорукама Свјетске здравствене организације.

(3) За акутну флакцидну парализу извјештај се доставља седмично, а за остале наведене заразне болести мјесечно.

Члан 7.

(1) Хитном пријавом пријављује се сумња да постоји обољење од: колере, куге, жуте грознице, вирусних хеморагичких грозница, полиомијелитиса, дифтерије, малих богиња и ботулизма.

(2) Хитно пријављивање врши се одмах по постављању сумње на обољење: телефоном, електронским путем или на други начин погодан за хитно обавјештавање, уз истовремено подношење појединачне пријаве сумње да постоји то обољење.

(3) Коначно постављена дијагноза заразне болести пријављује се подношењем појединачне пријаве на обрасцу који је наведен у Прилогу број 1. овог правилника и чини његов саставни дио.

Члан 8.

(1) Збирном пријавом пријављују се грип и инфекције сличне грипу када се појаве у епидемијској форми, подношењем пријаве на обрасцу који је наведен у Прилогу број 4. овог правилника и чини његов саставни дио.

(2) Пријаву из става 1. овог члана попуњава и подноси доктор медицине у здравственој установи која утврди обољење и доставља је Институту за јавно здравство Републике Српске (у даљем тексту: Институт) у року од 48 часова.

Члан 9.

(1) АЛЕРТ се спроводи на територији на којој Институт процијени да постоји опасност од:

а) појаве епидемија заразних болести у елементарним несрећама, катастрофама и организованим масовним окупљањима,

б) ширења епидемије и послје предузимања против-епидемијских мјера за вријеме трајања епидемије заразне болести,

в) појаве нове или недовољно познате заразне болести,

г) појаве недовољно дефинисаних симптома и стања и
д) појаве биолошког агенса, у случају сумње на употребу тог агенса.

(2) Пријављивање АЛЕРТ-ом почиње одмах по сазнању да постоји опасност од настанка случаја утврђеног у ставу 1. овог члана.

(3) Организацију, учеснике и поступке у систему пријављивања АЛЕРТ-ом одређује Институт, уз сагласност Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске (у даљем тексту: Министарство), када процијени да постоји опасност од настанка случаја утврђеног у ставу 1. овог члана.

Члан 10.

(1) Пријављивање заразне болести врши се на основу клиничке, односно лабораторијске дијагнозе, а према дефиницији случаја у складу са европским препорукама за надзор и пријављивање заразних болести.

(2) Дијагноза заразне болести уписује се на латинском језику и шифрира се према посљедњој важећој Међународној класификацији болести.

(3) Ако се пријављивање заразне болести врши на основу клиничке дијагнозе, појединачна пријава подноси се у року од 24 часа од постављања дијагнозе, а када је у циљу постављања дијагнозе предузето и микробиолошко/лабораторијско испитивање, пријава заразне болести подноси се у року од 24 часа од добијања коначних лабораторијских налаза.

Члан 11.

Пријаве обољења и смрти од заразних болести из чл. 5, 6, 7, 8. и 9. овог правилника се достављају хигијенско-епидемиолошкој служби надлежног дома здравља, гдје се уводе у књигу пријава заразних болести на обрасцу који је наведен у Прилогу број 5. овог правилника и чини његов саставни дио, а затим се достављају Институту гдје се уводе у књигу пријава заразних болести.

Члан 12.

(1) Пријаве обољења или смрти од HIV-а као и носиоца антигенија на HIV, након потврде дијагнозе, на прописаном Обрасцу са Идентификационим кодом попуњава и подноси доктор медицине у два примјерка и у запечаћеним ковертама један примјерак доставља Институту, а други координатору за HIV и AIDS у Републици Српској.

(2) Ако се ради о носиоцу HIV инфекције, а у каснијем периоду наступи развој стеченог недостатка имунитета, обавезно је извршити пријаву HIV-а на истом Обрасцу и са истим Идентификационим кодом.

Члан 13.

(1) Код пријављивања обољења или смрти од туберкулозе, поред појединачне пријаве на обрасцу наведеном у Прилогу број 1, обавезно се подноси и додатна пријава за туберкулозу на обрасцу који је наведен у Прилогу број 6. овог правилника и чини његов саставни дио.

(2) Одјава о исходу лијечења туберкулозе се подноси на обрасцу који је наведен у Прилогу број 7. овог правилника и чини његов саставни дио.

(3) Допунске пријаве у два примјерка попуњава доктор медицине који је поставио дијагнозу, једну подноси координатору за туберкулозу Републике Српске, а другу Институту.

(4) Резистенција других бактерија на антимикуробне лијекове пријављује се Институту.

Члан 14.

(1) Пријава изложености, односно контакта са бијесном или на бјеснило сумњивом животињом врши се у складу са чланом 11. овог правилника.

(2) Пријављивање лица које је након постављене индикације подвргнуто постекспозиционалној антирабичној заштити врши установа која спроводи антирабичну заштиту,

на обрасцу који је наведен у Прилогу број 8. овог правилника и чини његов саставни дио.

(3) Након завршеног антирабичног третмана, пријава се доставља Институту.

Члан 15.

(1) Пријаву епидемије заразне болести попуњава доктор медицине надлежног дома здравља који утврди епидемију, на обрасцу који је наведен у Прилогу број 9. овог правилника и чини његов саставни дио.

(2) Епидемија заразне болести пријављује се одмах, а најкасније у року од 48 часова од када су се стекли услови за проглашење епидемије, односно од када је епидемија утврђена, а пријава се подноси Институту.

(3) Епидемију заразне болести на цијелој територији Републике Српске проглашава министар здравља и социјалне заштите.

(4) О појави епидемије заразне болести настале употребом животних намирница и воде која је поријеклом из објеката под санитарним надзором одмах се обавјештава и орган управе надлежан за послове санитарног надзора, односно здравствено-санитарна инспекција на територији на којој је епидемија утврђена.

(5) О појави епидемије заразне болести која спада у антропозоозе, надлежна здравствена установа је дужна одмах обавјестити орган државне управе надлежан за послове ветеринарства за то подручје.

Члан 16.

(1) Одјаву епидемије заразне болести попуњава доктор медицине надлежног дома здравља, када се утврди престанак епидемије, на обрасцу који је наведен у Прилогу број 10. овог правилника и чини његов саставни дио.

(2) Одјава епидемије заразне болести врши се по истеку двоструког најдужег инкубационог периода одређеног за заразну болест која је проузроковала епидемију и подноси се Институту.

Члан 17.

(1) Пријаву болничке инфекције попуњава доктор медицине здравствене установе у којој је болничка инфекција настала, на обрасцу који је наведен у Прилогу број 11. овог правилника и чини његов саставни дио.

(2) Пријава се подноси Институту у року од 48 часова од дана када је болничка инфекција потврђена.

Члан 18.

(1) Пријаву о лабораторијски утврђеном узрочнику заразне болести попуњава доктор медицине у лабораторији у којој је утврђен узрочник заразне болести.

(2) Пријава се подноси Институту на територији на којој се налази лабораторија у којој је утврђен узрочник заразне болести, на обрасцу који је наведен у Прилогу број 12. овог правилника и чини његов саставни дио.

(3) Пријављивање лабораторијски утврђеног узрочника заразне болести врши се у року од 24 часа од утврђивања узрочника.

Члан 19.

Годишњи извјештај о укупном кретању заразних болести на територији Републике Српске Институт доставља Министарству најкасније до 30. марта текуће године за претходну годину.

Члан 20.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Српске".

Број: 11/04-020-26/10
20. октобра 2010. године
Бања Лука

Министар,
Др Ранко Шкрбић, с.р.

Прилог број 1.

РЕПУБЛИКА СРПСКА

Здравствена установа _____

Мјесто _____

Улица и број _____

E-mail _____

Општина _____

Телефон/факс _____

Број под којим је пријава заведена _____

ПРИЈАВА ОБОЉЕЊА – СМРТИ ОД ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

ПОДАЦИ О БОЛЕСНИКУ

1. _____

(Презиме, очево име и име)

2. ЈМБГ

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

3. Дан, мјесец и година рођења

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

4. Пол: мушки 1

женски 2

5. Гдје је запослен или се школује _____

6. Посао који обавља (детаљно) _____

7. Пребивалиште болесника _____

ПОДАЦИ О БОЛЕСТИ

8. Обољење

Дијагноза _____

Узрочник _____

Шифра (МКБ) _____

9. Датум обољења: (д/м/г)

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

10. Датум смрти: (д/м/г)

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

11. Болест утврђена клинички:

ДА - 1 НЕ - 2

Лабораторијски

ДА - 1 НЕ - 2

12. Болесник је: упућен у болницу

ДА - 1 НЕ - 2

Изолован

ДА - 1 НЕ - 2

Стављен под здравствени надзор

ДА - 1 НЕ - 2

13. Материјал узет за лаб. дијагнозу

ДА - 1 НЕ - 2

14. Болесник вакцинисан против ове болести

НЕ 1

ДА – потпуно 2

- непотпуно 3

- ревакцинисан 4

- вакцинација није обавезна 5

15. Датум последње вакцинације – ревакцинације

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

У _____

Потпис и факсимил доктора медицине

М. П.

Датум подношења пријаве _____

ЛИСТА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ КОЈЕ СЕ ОБАВЕЗНО ПРИЈАВЉУЈУ

1. Акутна туберкулоза (Tuberculosis acuta),
2. Акутна млигава парализа (Paralysis flaccida acuta),
3. Бактеријска сепса (Sepsis bacterialis),
4. Бјеснило (Rabies, Lyssa),
5. Ботулизам (Botulismus),
6. Брил-Зинсерова болест (Morbus Brill-Zinsser),
7. Бруцелоза (Brucellosis),
8. Кројцфелд-Јакобова болест (Morbus Creutzfeld-Jakob),
9. Црни пришт (Antrax),
10. Дифтерија (Diphtheria),
11. Дизентерија (Dysentheria Bacillaris),

12. Гастроентероколитис (Gastroenterocolitis),
13. Грип (Influenza),
14. Хеморагична грозница са бубрежним синдромом (Febris hemorrhagica cum syndroma renele),
15. Инфективна мононуклеоза (Mononucleosis infectiosa),
16. Инвазивна болест коју узрокује Haemophilus influenzae B,
17. Инвазивна болест коју узрокује Streptococcus pneumoniae,
18. Колера (Cholera),
19. Рубеола/конгенитална рубеоларна амбриопатија (Rubella/Embryopathialis rebellaris),
20. Куга (Pestis),
21. Лајмска болест (Lyme borrellosis),
22. Легионарска болест (Legionellosis),
23. Лептоспироза (Leptosprosis),
24. Листериоза (Listeriosis),
25. Маларија (Malaria),
26. Мале богиње (Morbili),
27. Заразна упала можданих овојница (Meningitis acuta),
28. Заразна упала мозга (encephalitis acuta),
29. Кју грозница (Q-febris),
30. Салмонелозе (Salmonellosis),
31. Сифилис (Syphilis),
32. Синдром стеченог недостатка имунитета (Acquired Immuno deficiency syndrome – AIDS/SIDA),
33. Шарлах (Scarlatina),
34. Тешки акутни респираторни синдром (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS),
35. Тетанус (Tetanus)
36. Токсоплазмоза (Toxoplasmosis),
37. Трихинелоза (Trichinellosis),
38. Тровање храном (Toxiinfectio alimentaris),
39. Туларемија (Tularemia),
40. Упала плућа (Pneumonia),
41. Урогенитална хламидијаза (Chlamydiosis),
42. Велики кашаљ (Pertussis),
43. Вирусне жутице (Hepatitis virosa),
44. Вирусне хеморагичне грознице (друге) (Febrie haemorrhagicae virosae),
45. Водене оспице (Varicelle),
46. Херпес зостер (Herpes zooster),
47. Заушњаци (Parotitis epidemica),
48. Жута грозница (Febris flava),
49. Носилац – присуство HBsAg, (HbsAg)
50. Клицоноштво узрочника тифуса (Salmonella typhi-car.),
51. Носилац – присуство HCV антигено (HCV+)
52. Носилац – присуство HIV антигено (HIV+),
53. Авијарна инфлуенца (Avian influenza A),
54. Контакт са бијесном или на бјеснило сумњивом животињом (Rabies),
55. Гонореја (Gonorrhoea),
56. Ехинококоза/хидатидоза (Echinococcosis/Hydatidosis).

Прилог број 2.

Здравствена установа _____	Датум пријаве	<input type="text"/>
Општина _____	Регистарски број	_____
Врста пријаве _____	прва <input type="checkbox"/>	поновна <input type="checkbox"/>

ПЕДИЈАТРИЈСКА ПРИЈАВА ОБОЉЕЊА – СМРТИ ОД HIV/AIDS-а
(пацијенти млађи од 13 година код постављања дијагнозе HIV/AIDS-а)

I Подаци о пацијенту

Шифра пацијента:	<input type="text"/>	Пол:	мушки <input type="checkbox"/>	женски <input type="checkbox"/>
Датум рођења:	<input type="text"/>			
Садашње пребивалиште пацијента:				

Град/мјесто _____	Држава _____																		
Пријављује се: <input type="checkbox"/> Перинатална изложеност HIV инфекцији	AIDS <input type="checkbox"/> Датум задњег прегледа																		
<input type="checkbox"/> Потврђена HIV инфекција	<input type="checkbox"/> Серовертер* <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																		
Година дијагностификовања: HIV инфекција (није AIDS) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										AIDS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									
Витални статус: жив <input type="checkbox"/> умро <input type="checkbox"/> непознато <input type="checkbox"/>																			
Датум смрти: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									Земља/град умирања: _____										

II Пацијентова/мајчина историја (попуњавају све категорије)

HIV статус пацијентове биолошке мајке (означити само једно):																			
<input type="checkbox"/> Одбила тестирање на HIV	<input type="checkbox"/> Била неинфицирана након рођења дјетета	<input type="checkbox"/> HIV статус непознат																	
Дијагностификован HIV/AIDS:																			
<input type="checkbox"/> Прије трудноће	<input type="checkbox"/> Током трудноће	<input type="checkbox"/> Након рођења дјетета																	
<input type="checkbox"/> Послије рођења дјетета	<input type="checkbox"/> Прије рођења дјетета, не зна се кад	<input type="checkbox"/> HIV инфекција, вријеме дијагностификовања непознато																	
Датум мајчиног позитивног HIV теста: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										Мајци је препоручено HIV тестирање током трудноће, порођа? <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									
Да ли је дјететова биолошка мајка икад: да не непоз.	Прије дијагностиковања HIV/AIDS дијете је: да не непоз.																		
1. Користила интравенске дроге <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Примало факторе згрушавања за хемофилију/поремећај коагулације <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
2. Имала ХЕТЕРОСЕКСУАЛНЕ односе са:	2. Примало трансфузију крви/крвних компоненти (изузев факт. згрушавања) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
- корисником интравенских дрога <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Прва трансфузија (дд/мм/гг) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																		
- бисексуалним мушкарцем <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Задња трансфузија (дд/мм/гг) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																		
- мушкарцем са хемофилијом/поремећајем згрушавања крви <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. Примало трансплантате ткива/органа <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
- примаоцем HIV инфициране трансфузије крви и трансплантата <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. Користило интравенске дроге <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
3. Примала трансфузију крви/крвних компоненти (изузев факт. згрушавања) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Остало (навести) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
4. Примала трансплантирано ткиво/орган или имала умјетну оплодњу <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																			

*серовертер – пренесена мајчина антигјел

III Лабораторијски подаци

Анти HIV тестови код постављања дијагнозе (навести све тестове, укључујући први позитиван)	позитиван	негативан	неодређено	није рађен	Датум тестирања					
					мј.	год.				
HIV-1 EIA -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
HIV-1 EIA -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
HIV-1/ HIV-2 комбинована EIA -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
HIV-1/ HIV-2 комбинована EIA -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
HIV-1 Western blot/IFA -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
HIV-1 Western blot/IFA -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
Други HIV тестови (наведи) -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		

HIV тестови за откривање (навести све тестове)	поз. нег. неодр. н.рађ				Датум тестирања		поз. нег. неодр. није рађен	Датум тестирања					
	поз.	нег.	неодр.	н.рађ	мј.	год.		мј.	год.				
HIV културе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HIV DNA PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HIV културе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HIV DNA PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HIV антиген тест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HIV RNA PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HIV антиген тест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HIV RNA PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Остало (навести) _____													

Тестови за откривање вируса

Тип теста*	Откривен да не	налаз/ml	Датум теста мј. год.
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Тип теста*	Откривен да не	налаз/ml	Датум теста мј. год.
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Имунолошки тестови (тренутни статус)

CD4 број	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	ћелија/L	Датум теста дан мј. год.
CD4 број	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	ћелија/L	<input type="text"/>
CD4 %	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>
CD4 %	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>

Ако је HIV тест био негативан или није урађен, или ако је пацијент млађи од 18 мјесеци, да ли је могуће да то дијете има имунодефицијенцију која искључује AIDS.

да не испоз.

Ако лабораторијски тест није документован, да ли постоји љекарски налаз о:

	да	не	неп.	Датум документа дан мј. год.
HIV инфекције	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
да нема HIV инфекције	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

IV Клинички стадиј

AIDS индикатори болести дијагнозе

	Датум		13. Капошијев сарком	Датум дијагнозе	
	мј.	год.		мј.	год.
1. Бактеријске инфекције, мултипле или рекурентне (укључује септикемију изазвану салмонелом)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14. Лимфоидна интерстицијска пнеумонија и/или пулмонална лимфоидна хиперплазија	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Кандидијаза бронха, трахеје или плућа	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15. Лимфом „Burkitt“ (или сличан појам)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Езофагеална кандидијаза	<input type="text"/>	<input type="text"/>	16. Лимфом лимфобластични (или сличан појам)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Кокцидиомикоза, дисеминирана или изван плућа	<input type="text"/>	<input type="text"/>	17. Лимфом мозга, примарни	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Криптококоза, изван плућа	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18. Mikobakterium avium kompleks или m. kansasii дисеминована или изван плућа	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Криптоспориоза хронична интестинална (трајање > од 1 мј.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19. M. tuberkuloze, дисеминовани или изван плућа	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Цитомегаловирус (изузев јетре, слезине или лимфонода) код > од 1 мјесеца	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20. Mikobakterium, друге или неидентификоване врсте, дисеминована или изван плућа	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Цитомегаловирусни ретинитис (са губитком вида)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	21. Pneumocystis carinii pneumonia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. HIV енцефалопатија	<input type="text"/>	<input type="text"/>	22. Прогресивна мултифокална леукоенцефалопатија	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Херлес симплексе хронични улцерозни (трајање > од 1 мј.) бронхитис, пнеумонија, езофагитис, код старијих од 1 мј.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	23. Токсоплазмоза мозга, код > од 1 мј.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Хистоплазмоза дисеминована или ван плућа	<input type="text"/>	<input type="text"/>	24. Синдром кахексије изазван HIV инф.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Изоспоријаза, хрон. интестинална (трајање > од 1 мј.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Да ли је дијагностификована да не неп. Ако јесте, навести дијагнозу и датум дан мј. год.
 туберкулоза плућа _____

V Историја рођења (само за перинаталне случајеве)

Историја рођења је доступна да не непознато	Ако није, пређите на поглавље VI
Болница у којој је дијете рођено: Болница _____	Град/мјесто _____ Држава _____
Пребивалиште у моменту рођења: Град/мјесто _____	Држава _____

КЊИГА ПРИЈАВА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

Прилог број 5.

Ред. број	БОЛЕСТ	Болест утврђена а) клинички б) микроскопски в) култивацијом г) серолошки д) биолошки	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ БОЛЕСНИКА	Пол	Година старости	ЗАНИМАЊЕ	Гдје ради: (за дјецу-школа, вртић и сл.)	Пребивалиште
								мјесто улица и број
1	2	3	4	5	6	7	8	9

НЕ	Вакцинисан			Датум обољења	Хоспитализација	ДАТУМ		Кличноша ДА-НЕ	ПРИМЈЕДБА
	ДА		Непознато			Пријављивања	Смрти		
	Потпуно / када	Непотпуно / када							
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Прилог број 6.

РЕПУБЛИКА СРПСКА

Здравствена установа _____

Мјесто _____

Улица и број _____

E-mail _____

Одјељење _____

Општина _____

Телефон/факс _____

Број под којим је пријава заведена _____

ДОПУНСКА ПРИЈАВА ЗА ТУБЕРКУЛОЗУ

Презиме, име оца и име _____ Пол М ЖДатум рођења _____ ЈМБГ

Адреса становања _____ Држављанство _____

Главне локализације болести (означи само једну)

- пулмонална плеурална лимфатична интраторакална лимфатична екстраторакална
 кости, зглобови, кичма кости/зглобови без кичме CNS, менингеална CNS, осим менингеалне
 генитоуринарна дисеминована перитонеална/дигестивни тракт
 остало, прецизирај _____

Споредне локализације болести (означи само једну)

- пулмонална плеурална лимфатична интраторакална лимфатична екстраторакална
 кости, зглобови, кичма кости/зглобови без кичме CNS, менингеална CNS, осим менингеалне
 генитоуринарна дисеминована перитонеална/дигестивни тракт
 остало, прецизирај _____

Резултат директне микроскопије: узорак _____ позитиван негативан није испитан
 Резултат директне микроскопије: узорак _____ позитиван негативан није испитан
 Идентификације врсте M. Tuberculosis M. Bovis M. Africanum M. Complex

Претходно дијагностификована туберкулоза: да - не, ако јесте, мјесец _____, година _____

Да ли је претходна епизода туберкулозе лијечена хемотерапијом? ДА НЕ некомплетне информације

Да ли је претходна хемотерапија била адекватна? ДА НЕ некомплетне информације

Датум почетка лијечења (или датум постављања дијагнозе за новообољеле или пацијенте код којих претходне епизоде нису лијечене): _____ (дд/мм/гггг)

Иницијално лијечење садашње епизоде: изонијазид рифампицин пиразинамид
 етамбутол стралтомицин остали антитуберкулозни лијекови

У _____

Потпис и факсимил доктора медицине

М. П.

Датум подношења пријаве: _____

Прилог број 7.

РЕПУБЛИКА СРПСКА

Здравствена установа _____

Мјесто _____

Улица и број _____

E-mail _____

Одјељење _____

Општина _____

Телефон/факс _____

Број под којим је пријава заведена _____

ОДЈАВА О ИСХОДУ ЛИЈЕЧЕЊА ТУБЕРКУЛОЗЕ

Презиме, име оца и име _____ Пол М Ж

Датум рођења _____ ЈМБГ

Адреса становања _____ Држављанство _____

Субпопулација (ризицна група): Роми Расељена лица Затвореници
 Други _____

Дијагноза: Дефинитиван случај Новооткривени Рецидив Други

Информација о лијечењу

Датум почетка АТЛ (д/м/г): ___/___/___

Датум завршетка АТЛ (д/м/г): ___/___/___

(у случају прекида терапије или смрти, датум)

Промјена АТЛ са прве линије на другу линију третмана: ДА НЕ

Исход лијечења: Излијечен Грешка (неуспјех) Прекид лијечења

Завршено лијечење Смрт Исељење

Алергија на АТЛ: Изонијазид Рифампицин Пиразинамид Етамбутол

Кожна Гастроинтестинална Друго _____

14			
28			

У _____

Потпис и факсимил доктора медицине

М. П.

Датум подношења пријаве: _____

Прилог број 9.

РЕПУБЛИКА СРПСКА

Здравствена установа _____

Мјесто _____

Општина _____

Улица и број _____

Телефон/факс _____

E-mail _____

Број под којим је пријава заведена _____

ПРИЈАВА ЕПИДЕМИЈЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Болест која се појавила у епидемијској форми:

Дијагноза _____ Шифра (МКБ) _____

Узročник _____

Датум почетка епидемије _____

Датум откривања епидемије _____

Мјесто у ком се јавила епидемија _____

Број становника _____

Захваћена популација (насеље, школа, установа, колектив, породица и др.) _____

Број експонираних _____ број обољелих _____ број сумњивих _____

Број хоспитализованих _____ број умрлих _____

Извор заразе: утврђен _____ неутврђен _____

Пут преношења _____

Узročник _____

(доказан/није доказан/у испитивању)

Клиничка слика болести _____

Лабораторијске претраге (врста, број) _____

Узорци (храна, вода, околина) _____

Предузете противепидемијске мјере _____

Епидемиолошка прогноза _____

Неопходна помоћ (кадрови, опрема, средства): _____

У _____

Потпис и факсимил доктора медицине

М. П.

Датум подношења пријаве: _____

Прилог број 10.

РЕПУБЛИКА СРПСКА

Здравствена установа _____

Мјесто _____

Општина _____

Улица и број _____

Телефон/факс _____

E-mail _____

Број под којим је пријава заведена _____

ОДЈАВА ЕПИДЕМИЈЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Болест која се појавила у епидемијској форми:

Дијагноза _____ Шифра (МКБ) _____

Узročник _____

Датум почетка епидемије _____

Датум откривања епидемије _____

Мјесто у ком се јавила епидемија _____

Број становника _____

Захваћена популација (насеље, школа, установа, колектив, породица и др.) _____

Број експонираних _____ број обољелих _____ број сумњивих _____

Број хоспитализованих _____ број умрлих _____

Извор заразе: утврђен _____ неутврђен _____

Пут преношења _____

Узročник _____ Потврда лабораторије да не

Спроведене противепидемијске мјере _____

Предложене мјере за трајно уклањање опасности _____

Други подаци значајни за појаву и ширење епидемије и о спроведеним мјерама _____

Обољели по полу и узрасту

Пол															
	< 1 год	1 год	2	3	4	5	6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и
М															
Ж															
Укупно															

У _____

Потпис и факсимил доктора медицине

М. П.

Датум подношења пријаве: _____

Прилог број 11.

РЕПУБЛИКА СРПСКА

Здравствена установа _____

Мјесто _____

Улица и број _____

E-mail _____

Одјељење _____

Општина _____

Телефон/факс _____

Број под којим је пријава заведена _____

ПРИЈАВА БОЛНИЧКЕ ИНФЕКЦИЈЕ

Презиме, име оца и име _____

Датум рођења _____

ЈМБГ

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

Датум пријема у болницу _____

Разлог хоспитализације (клиничка дијагноза/МКБ) _____

Материјал за микробиолошко испитивање узет на пријему ДА НЕ

Врста материјала _____ Резултат/узрочник на пријему _____

Локализација БИ (означи)

1) Инф. оперативног мјеста

2) Инф. крви

3) Пнеумонија

4) Инф. мокраћног система

5) Инф. коштаног-зглобног система

6) Инф. система за дисање

7) Инф. полног система

8) Инф. кардиоваскуларног система

9) Инф. централног нервног система

10) Инф. носа, ока и уха

11) Инф. система за варење

12) Инф. коже и меких ткива

13) Системске инфекције

Врста материјала _____ Резултат/узрочник БИ _____

Резистентност узрочника ДА НЕ

Навести назив групе антибиотика на коју је микроорганизам резистентан _____

Исход болничке инфекције: 1) излијечен 2) није излијечен 3) смртни исход (пријављује се на број 1)

Отпуштен из болнице ДА НЕ

У _____

Потпис и факсимил доктора медицине
(специјалиста)

М. П.

Датум подношења пријаве ИХИ: _____

У _____

Потпис и факсимил доктора медицине
(специјалиста)

М. П.

Датум подношења пријаве: _____

