



СЛУЖБЕНИ ГЛАСНИК РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

Српски језик

ЈУ Службени гласник Републике Српске,
Бања Лука, Вељка Млађеновића бб
Телефон/факс: (051) 456-331, 456-341
E-mail: sgrs.redakcija@slglasnik.org
sgrs.oglasi@slglasnik.org
sgrs.finansije@slglasnik.org
sgrs.online@slglasnik.org

www.slglasnik.org

Сриједна, 17. јун 2026. године

БАЊА ЛУКА

Публикација број 2

Жиро рачуни: Нова банка а.д. Бања Лука
555-007-00001332-44
НЛБ банка а.д. Бања Лука
562-099-00004292-34
Атос банк а.д. Бања Лука
567-162-10000010-81
UniCredit Bank а.д. Бања Лука
551-001-00029639-61
БПШ Банка а.д. Бања Лука
571-010-00001043-39
Addiko Bank а.д. Бања Лука
552-030-00026976-18

На основу члана 29. став 2. Закона о здравственој документацији и евиденцијама у области здравства ("Службени гласник Републике Српске", број 57/22) и члана 76. став 2. Закона о републичкој управи ("Службени гласник Републике Српске", бр. 115/18, 111/21, 15/22, 56/22, 132/22 и 90/23), министар здравља и социјалне заштите д о н о с и

П РА В И Л Н И К

О САДРЖАЈУ, ОБЛИКУ И НАЧИНУ ВОЂЕЊА МЕДИЦИНСКЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ И ЕВИДЕНЦИЈА

ГЛАВА I ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Предмет Правилника Члан 1.

Овим правилником прописују се садржај, облик и начин вођења медицинске документације, евиденција, помоћних средстава за вођење евиденција и образаца у области здравствене заштите, као и садржај електронског медицинског сажетка.

Припадност медицинској документацији Члан 2.

Документација, евиденције, помоћна средства за вођење евиденција и образци који су настали у процесу пружања здравствене услуге пацијенту који садрже податке о здравственом стању и току лијечења пацијента, а који су прописани за области заразних болести и систематске имунизације, трансфузиолошке дјелатности, трансплантације људских органа, ткива и ћелија, биомедицински потпомогнуте оплодње, лијекова и медицинских средстава, повреда на раду и професионалних обољења, припадају медицинској документацији.

Обавеза вођења документације Члан 3.

Вођење здравствене документације и евиденција је саставни дио стручно-медицинског рада здравствених радника, здравствених сарадника и других овлашћених лица у здравственим установама и другим установама у којима се може обављати здравствена дјелатност: установе за извршење кривичних и прекршајних санкција, установе социјалне заштите, домови пензионера и установе васпитања и образовања.

Уписивање података у документацију Члан 4.

(1) Уписивање података у документацију врши се у обиму који је прописан садржајем основне медицинске

документације, евиденција, помоћних средстава за вођење евиденција и образаца у области здравствене заштите, утврђених Законом о здравственој документацији и евиденцијама у области здравства (у даљем тексту: Закон) и овим правилником.

(2) Уношење података из става 1. овог члана може се вршити електронским или писаним путем, на начин који по садржини у свему одговара основној здравственој документацији, помоћним средствима и образцима у области здравствене заштите како су прописани овим правилником.

(3) Уношење података електронским путем обавља се употребом одговарајућег софтвера који има потврду Фонда здравственог осигурања Републике Српске о испуњености услова за размјену података са Интегрисаним здравственим информационом системом (у даљем тексту: ИЗИС).

(4) Ако се медицинска документација, евиденције, помоћна средства за вођење евиденција и образаца у области здравствене заштите воде у електронском облику, а нису испуњени прописани услови за правну ваљаност електронског документа и електронског потписа, здравствени радник или здравствени сарадник, односно друго одговорно лице, чуваће и у папирном облику одштампан и потписан примјерак документације, који по садржини и форми одговара основној здравственој документацији, помоћним средствима за вођење евиденција и извјештајима како су прописани овим правилником.

Пренос података из службених евиденција Члан 5.

(1) Лични, административни и подаци о осигурању који се уписују у здравствени картон могу се пренијети из службених евиденција извора података: министарства надлежног за послове управе и локалне самоуправе, министарства надлежног за образовање, министарства надлежног за унутрашње послове и фонда надлежног за здравствено осигурање.

(2) Изабрани доктор у тиму породичне медицине уз учествовање пацијента или другог лица којег је овластио пацијент уноси у електронски запис повезан са здравственим картоном и друге личне и административне податке који нису преузети из службених евиденција из става 1. овог члана.

ГЛАВА II ОСНОВНА МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА

Здравствени картон Члан 6.

(1) Здравствени картон се води у здравственој установи у којој се обавља здравствена дјелатност на примарном ни-

воу здравствене заштите, по областима здравствене заштите, за сваког пацијента коме се пружа здравствена заштита, осим за пролазне пацијенте.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, за живо новорођенче здравствена установа мора омогућити вођење здравственог картона без додијељеног јединственог матичног броја до момента уписа у матичне књиге рођених.

(3) Здравствени картон из става 2. овог члана мора садржавати јединствену референцу идентитета мајке или законског старатеља.

(4) Здравствени картон прати пацијента током цијелог живота.

(5) Здравствени картон води се по областима здравствене заштите, и то:

- 1) породична медицина,
- 2) обавезна имунизација,
- 3) здравствена заштита дјете,
- 4) здравствена заштита жена,
- 5) стоматолошка здравствена заштита.

(6) Здравствени картон у области породичне медицине садржи уложак здравствене његе, уложак физикалне медицине и рехабилитације и уложак заштите менталног здравља.

(7) Здравствени картон у области здравствене заштите дјете и здравствене заштите жена садржи: уложак контроле за новорођенче, уложке за систематске прегледе дјете, уложак за систематски преглед жене и уложак контроле за породиљу.

(8) У области породичне медицине, здравствене заштите дјете, здравствене заштите жена у сваком здравственом картону води се уложак "Евиденција о посјетама".

(9) У области здравствене заштите жена у здравственом картону води се уложак "Трудничка књижица", чији је изглед и садржај прописан правилником којим се уређује остваривање права на здравствену заштиту у Републици Српској.

(10) У области стоматолошке здравствене заштите у здравственом картону воде се уложци у које се евидентирају пружене услуге и подаци у вези са пруженим стоматолошким услугама.

(11) У области здравствене заштите дјете у сваком здравственом картону води се уложак "Картон имунизације".

(12) Садржај и облик здравственог картона по областима здравствене заштите из става 5. овог члана налази се у Прилогу 1 овог правилника и чини његов саставни дио.

Историја болничког лијечења и збрињавања Члан 7.

(1) Историја болничког лијечења и збрињавања води се у здравственој установи за лице које се налази на болничком лијечењу или збрињавању, лијечењу у дневној болници, порођају или рехабилитацији.

(2) Приликом отпуста болесника потребно је закључити историју болести.

(3) Закључену историју болести потписује одјељењски доктор медицине и одлаже се у архиву медицинске документације.

(4) Садржај и облик историје болничког лијечења и збрињавања из става 1. овог члана налази се у Прилогу 2 овог правилника и чини његов саставни дио.

Температурно-терапијско-дијететска листа Члан 8.

(1) Температурно-терапијско-дијететска листа води се у болници за пацијенте који се налазе на болничком лијечењу, порођају или рехабилитацији.

(2) При отпustu пацијента лист анестезије одлаже се у архиву медицинске документације уз историју болничког лијечења.

(3) Садржај и облик температурно-терапијско-дијететске листе из става 1. овог члана налази се у Прилогу 3 овог правилника и чини његов саставни дио.

Лист анестезије Члан 9.

(1) Лист анестезије води се за пацијента код којег анестезију одређује анестезиолог.

(2) При отпustu пацијента лист анестезије одлаже се у архиву медицинске документације уз историју болничког лијечења.

(3) Садржај и облик листа анестезије из става 1. овог члана налази се у Прилогу 4 овог правилника и чини његов саставни дио.

Отпусно писмо Члан 10.

(1) Отпусно писмо се води у болници и дневној болници за лице које се у њој налазило на лијечењу, порођају или рехабилитацији, а издаје се приликом отпуста пацијента.

(2) Отпусно писмо се сачињава у три примјерка, од којих се један уручује пацијенту, један шаље надлежном доктору породичне медицине код којег је пацијент регистрован и један се одлаже у архиву медицинске документације уз историју болничког лијечења.

(3) На отпусно писмо ставља се потпис и факсимил доктора медицине који је лијечио пацијента, односно потпис и факсимил руководиоца организационе јединице.

(4) Отпусно писмо има и печат здравствене установе која га издаје.

(5) Садржај и облик отпусног писма из става 1. овог члана налази се у Прилогу 5 овог правилника и чини његов саставни дио.

Лист за новорођенче Члан 11.

(1) Лист за новорођенче води се у здравственој установи у којој је обављен порођај, а издаје се приликом отпуста новорођенчета.

(2) Здравствена установа из става 1. овог члана, приликом отпуста новорођенчета, издаје један примјерак листа за новорођенче родитељу, старатељу или законском заступнику, односно члану уже породице.

(3) Садржај и облик листа за новорођенче из става 1. овог члана налази се у Прилогу 6 овог правилника и чини његов саставни дио.

Листа клиничког пута пацијента Члан 12.

(1) Листа клиничког пута пацијента води се у здравственој установи која прати ток лијечења пацијента.

(2) Листа из става 1. овог члана води се у складу са клиничким водичима за одређену област здравствене заштите, који се утврђују у складу са прописима којима је уређена област здравствене заштите.

ГЛАВА III ЕВИДЕНЦИЈЕ И ОБРАСЦИ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Матична књига Члан 13.

(1) Матична књига води се у здравственој установи која пружа болничку здравствену заштиту или континуирану здравствену његу у стационарним условима за пацијенте који се налазе на болничком лијечењу, на лијечењу у дневној болници, порођају, рехабилитацији или континуираној здравственој њези.

(2) Матични лист попуњава се истовремено са попуњавањем прве стране "Историје болничког лијечења и збрињавања".

(3) Од попуњених матичних листова формира се матична књига.

(4) Матична књига води се у електронском облику, а штампана матична књига има 200 листова величине 21 cm × 29 cm.

(5) Садржај и облик матичног листа из става 2. овог члана налази се у Прилогу 7 овог правилника и чини његов саставни дио.

Протокол Члан 14.

(1) Протокол се води у здравственој установи и другом правном лицу приликом пружања здравствених услуга и предузимању интервенција и мјера, и то:

- 1) за пацијенте у тимовима породичне медицине, гинекологије и педијатрије,
- 2) за прехоспитално хитно збрињавање обољелог и повријеђеног лица,
- 3) за имунизацију,
- 4) за здравствену његу,
- 5) за интервенције: давање инјекције, превијање, мала хирургија,
- 6) за дијагностичке претраге и снимке: лабораторијска дијагностика и дијагностичко снимање,
- 7) за кућне посјете,
- 8) за стоматолошку здравствену заштиту,
- 9) за скрининг,
- 10) у случају прегледа лица ради издавања увјерења,
- 11) за пролазне пацијенте,
- 12) за специјалистичко-консултативне прегледе,
- 13) за пружање болничке здравствене заштите,
- 14) за анестезију,
- 15) за оперисане пацијенте,
- 16) за биопсију - патохистолошки налаз,
- 17) за клиничку патологију,
- 18) за порођаје,
- 19) за умрле,
- 20) за обдукцију,
- 21) за прекид трудноће,
- 22) при прикупљању, пријему и преради крви,
- 23) за трансплантацију људских органа, ткива и ћелија у складу са прописима којима је уређена област трансплантације,
- 24) при биомедицински потпомогнутој оплодњи у складу са прописима којима је уређена област биомедицински потпомогнуте оплодње,
- 25) за регистровање нежељених реакција на лијекове и медицинска средства,
- 26) у другим областима здравствене заштите у којима се резултати медицинског рада не региструју у здравственом картону.

(2) У случају из става 1. тачка 2) овог члана уколико се за пацијента не отвара здравствени картон, евидентирање података о пруженим здравственим услугама и предузетим медицинским мјерама врши се у протоколу и садржи све податке који су Законом прописани за протокол.

(3) Електронски протокол се води у ИЗИС-у и у информационим системима здравствених установа.

(4) Број електронског протокола генерише се аутоматски у тренутку уноса податка, неизмјењив је и не може се поново додијелити.

(5) Централни електронски протокол је јединствени регистар свих протоколских бројева и услуга на нивоу информационог система.

(6) Централни електронски протокол води се у ИЗИС-у и другим информационим системима, а садржи јединствени број протокола, податке о установи, организационој јединици, пацијенту, врсти услуге, датум и вријеме, идентификацију здравственог радника и електронски ревизијски траг.

(7) Електронски протокол установе је локална евиденција здравствене установе, која је технички усклађена са

централним протоколом, а садржи: број протокола јединице, податке о пацијенту, врсту услуге, вријеме извршења, мјесто услуге, идентификацију здравственог радника, напомене и повезане документе.

(8) Електронски протокол организационе јединице је евиденција специфичних интервенција у организационој јединици.

(9) Протокол из става 8. овог члана повезује се са протоколом установе и централним протоколом.

(10) Шема броја електронског протокола дефинише се на нивоу информационог система и садржи најмање: шифру установе, шифра организационе јединице, годину, секвенцијални број.

(11) Протоколи из става 1. овог члана воде се електронски, а садржај протокола налази се у Прилогу 8 овог правилника и чини његов саставни дио.

(12) У случају да се протокол води у писаној форми, протокол има 200 листова величине 25 cm · 35 cm.

Књига евиденције Члан 15.

(1) Књига евиденције се води приликом утврђивања одређених болести или стања, пружања, организовања и обезбјеђивања здравствених услуга.

(2) Књига евиденције формира се од попуњених индивидуалних извјештаја, пријаве, пријаве промјене и одјаве.

(3) Књига евиденције из става 1. овог члана води се електронски, а садржај књиге евиденције налази се у Прилогу 9 овог правилника и чини његов саставни дио.

(4) У случају да се води у писаној форми, књига евиденције има 200 листова величине 42 cm · 29 cm.

Помоћна средства за вођење евиденција Члан 16.

(1) Помоћна средства за вођење евиденција користе се да би се олакшало добијање података о протоку пацијената и сачињавање извјештаја.

(2) Извјештаји из става 1. овог члана су:

- 1) Регистар картотеке,
- 2) Дневна евиденција о посјетама и раду,
- 3) Текућа евиденција о утврђеним обољењима и стањима,
- 4) Дневна евиденција о кретању пацијената у болници – стационару,
- 5) Евиденција заказивања прегледа, дијагностичких процедура и других медицинских мјера и поступака.

(3) Извјештаји из става 2. овог члана воде се електронски и добијају из информационих система здравствених установа.

(4) Садржај извјештаја из става 2. овог члана налази се у Прилогу 10 овог правилника и чини његов саставни дио.

(5) У случају да се води у писаној форми књига евиденције има 100 листова величине 21 cm · 29,7 cm.

Обрасци Члан 17.

(1) У систему здравствене заштите користе се следећи обрасци:

- 1) рецепт;
- 2) упутница:
 1. за лабораторију,
 2. за патологију,
 3. за микробиологију,
 4. за РТГ снимање,
 5. за мамографију,
 6. за ултразвук,
 7. за амбулантни КТ преглед,
 8. за амбулантни МР преглед,

9. за физикалну терапију,
10. за дијализну терапију,
11. за радиотерапију,
12. за хемиотерапију,
13. за медицинску рехабилитацију,
14. здравственом сараднику,
15. специјалисти,
16. за конзилијум,
17. за болничко лијечење,
18. за болничко лијечење – елективни пријем,
19. за болничко лијечење – хитни пријем,
20. интерна болничка упутница,
21. за болнички премјештај,
22. првостепеној комисији за оцјену привремене спријечености за рад;
- 3) налог:
 1. за амбулантну терапију,
 2. за кућну посјету,
 3. за превоз болесника моторним возилом,
 4. за пратњу пацијента,
 5. за набавку/поправку медицинског средства;
- 4) налаз:
 1. Папа налаз,
 2. цитолошки налаз,
 3. патохистолошки налаз,
 4. цитолошки налаз спермограм,
 5. микробиолошки налаз,
 6. микробиолошки налаз са антибиограмом,
 7. лабораторијски налаз,
 8. налаз фоликулометрије,
 9. налаз прегледа мале карлице,
 10. налаз колпоскопског прегледа,
 11. налаз и мишљење здравственог сарадника,
 12. налаз и мишљење;
- 5) увјерење о:
 1. обављеном здравственом прегледу за упис у предшколску установу,
 2. обављеном здравственом прегледу за упис у основну школу,
 3. обављеном здравственом прегледу за упис у средњу школу,
 4. здравственом стању за упис у високошколску установу,
 5. здравственом стању,
 6. радној способности;
- 6) потврда:
 1. општа,
 2. о вакциналном статусу,
 3. за упис у установу за предшколско образовање,
 4. за упис у школу,
 5. о изостанку са наставе,
 6. о заказаном термину за дијагностичку процедуру,
 7. о наступању привремене спријечености за рад,
 8. о повреди;
- 7) извјештај:
 1. о квалификацији повреде полицијској станици за безбједност саобраћаја,
 2. о промјени здравственог стања лица које управља моторним возилом,
 3. о евидентираним насиљу,
 4. о трајању привремене спријечености за рад;

8) лист:

1. примопредаје хитног пацијента,
2. примопредаје пацијента служби хитне медицинске помоћи,
3. примопредаје пацијента;

9) службена забиљешка:

1. о одбијању предложене здравствене услуге.

(2) Подаци садржани у обрасцима из става 1. овог члана воде се и размјењују у електронском облику у складу са прописима којима се уређују рад и функционисање ИЗИС-а.

(3) Обрасци из става 1. овог члана издају се у електронском облику у складу са прописима којима се уређују електронски документ, електронска идентификација и услуге од повјерења у електронском пословању.

(4) Изузетно од става 3. овог члана, у случају техничке немогућности, обрасци из става 1. овог члана издају се у папирном облику и овјеравају се потписом здравственог радника, односно здравственог сарадника и печатом здравствене установе, односно организационе јединице.

(5) Изглед и садржај образаца из става 1. овог члана налази се у Прилогу 11 овог правилника и чини његов саставни дио.

(6) Изузетно од става 5. овог члана, садржај и изглед рецепта из става 1. тачка 1) овог члана прописује се у складу са прописима којима је уређена област прописивања и издавања лијека.

(7) Изузетно од става 5. овог члана, садржај и изглед упутнице првостепеној комисији за оцјену привремене спријечености за рад из става 1. тачка 2) подтачка 22. овог члана, налога за набавку, односно поправку медицинског средства из става 1. тачка 3) подтачка 5. овог члана и извјештаја о трајању привремене спријечености за рад из става 1. тачка 7) подтачка 4. овог члана прописује се у складу са подзаконским прописима којима је уређено остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

(8) Изузетно од става 5. овог члана, садржај и изглед потврде о наступању привремене спријечености за рад из става 1. тачка 6) подтачка 7. овог члана прописује се у складу са прописима којима је уређена област рада.

ГЛАВА IV

ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Чување постојеће медицинске документације

Члан 18.

Медицинска документација, друга средства за вођење евиденција и извјештаји које су здравствене установе и друга правна лица водиле и достављале до дана ступања на снагу овог правилника, као и основна медицинска документација, помоћна средства за вођење евиденција у области здравствене заштите и извјештаји чувају се у складу са законом.

Објава прилога Правилника

Члан 19.

Прилози из чл. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16. и 17. овог правилника објављују се у посебној публикацији.

Престанак важења прописа

Члан 20.

Ступањем на снагу овог правилника престаје да важи Правилник о медицинској документацији, евиденцијама и извјештајима ("Службени гласник Републике Српске", број 4/95).

Ступање на снагу

Члан 21.

Овај правилник се објављује у "Службеном гласнику Републике Српске", а ступа на снагу 30. септембра 2026. године.

Број: 11/08-020-5/26
28. маја 2026. године
Бањалука

Министар,
Ален Шеранић, др мед., с.р.

ПРИЛОГ 1

ЗДРАВСТВЕНИ КАРТОН	Об. бр. 1-1-1 РС
УЛОЖАК КОНТРОЛЕ ЗА НОВОРОЂЕНЧЕ	Об. бр. 1-2-1 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 1–2 МЈЕСЕЦА ЖИВОТА	Об. бр. 1-2-2 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 3–4 МЈЕСЕЦА ЖИВОТА	Об. бр. 1-2-3 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 6–7 МЈЕСЕЦИ ЖИВОТА	Об. бр. 1-2-4 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 9–10 МЈЕСЕЦИ ЖИВОТА	Об. бр. 1-2-5 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 12–15 МЈЕСЕЦИ ЖИВОТА	Об. бр. 1-2-6 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 2 ГОДИНЕ ЖИВОТА	Об. бр. 1-2-7 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 3 ГОДИНЕ ЖИВОТА	Об. бр. 1-2-8 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 4 ГОДИНЕ ЖИВОТА	Об. бр. 1-2-9 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД ПРИЈЕ УПИСА У ОСНОВНУ ШКОЛУ	Об. бр. 1-2-10 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД УЧЕНИКА	Об. бр. 1-2-11 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД ЖЕНЕ	Об. бр. 1-4-2 РС
УЛОЖАК КОНТРОЛЕ ЗА ПОРОДИЉУ	Об. бр. 1-4-3 РС
СТОМАТОЛОШКИ КАРТОН	Об. бр. 1-5-1 РС
СТОМАТОЛОШКИ КАРТОН ЗА ДЈЕЦУ	Об. бр. 1-5-2 РС
УЛОЖАК СТОМАТОЛОШКЕ ПРОТЕТИКЕ	Об. бр. 1-5-3 РС
УЛОЖАК ОРАЛНЕ ХИРУРГИЈЕ	Об. бр. 1-5-4 РС
УЛОЖАК СТОМАТОЛОШКЕ ПОВРЕДЕ	Об. бр. 1-5-5 РС
УЛОЖАК СТОМАТОЛОШКЕ ПОВРЕДЕ ЗА ДЈЕЦУ	Об. бр. 1-5-6 РС
АНАЛИЗА СТУДИЈСКОГ МОДЕЛА	Об. бр. 1-5-7 РС
СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД ЗУБА И УСТА	Об. бр. 1-5-8 РС
ПЛАН ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ	Об. бр. 1-6-1 РС
ЛИСТ КУЋНЕ ПОСЈЕТЕ	Об. бр. 1-6-2 РС
ЛИСТ ЗА ПРАЋЕЊЕ ДЕКУБИТУСА	Об. бр. 1-6-3 РС
ДЕКУРЗУС ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЊЕГУ	Об. бр. 1-6-4 РС
УЛОЖАК МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА	Об. бр. 1-7-1 РС
УЛОЖАК СЕСТРИНСКЕ АНАМНЕЗЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА	Об. бр. 1-7-2 РС
ЛИСТ РЕАНИМАЦИЈЕ	Обр. бр. 1-8-1 РС
ЛИСТ ЗА ПРИМОПРЕДАЈУ ХИТНОГ ПАЦИЈЕНТА БОЛНИЧКОЈ УСТАНОВИ	Обр. бр. 1-8-2
ЛИСТ ЗА ПРИМОПРЕДАЈУ ПАЦИЈЕНТА СЛУЖБИ ХИТНЕ МЕДИЦИНСКЕ ПОМОЋИ	Обр. бр. 1-8-3 РС

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-1-1 РС

Здравствена установа

Организациона јединица

Знак упозорења:

[назив здравствене установе]

[организациона јединица]

[број здравственог картона]

[период од-до]

ЗДРАВСТВЕНИ КАРТОН

Име, име родитеља, презиме

Датум рођења

Адреса становања

Број телефона

Адреса електронске поште

Крвна група и Rh фактор

ЈМБ

Пол

Држављанство

Лични број осигурања

Број картице здравственог осигурања

Брачно стање

Алергије (храна, лијекови, друге супстанце):

Хроничне болести:

Континуиране терапије:

Пребољеле заразне болести

Болест	Датум	Болест	Датум
Morbili (мале богиње)		Pertussis (велики кашаљ)	
Rubeola (рубеола)		Parotitis (заушке)	
Varicelle (овчије богиње)		Hepatitis (жутица)	
Scarlatina (шарлах)		Остало	

Утврђена обољења и стања и поремећаји психофизичког статуса

[Дијагноза (МКБ-10)]			
Датум	Субјективни исказ пацијента	Објективни клинички симптоми	Радне смјернице
			Утврдио

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-1-1 РС

Професионална обољења

[Професионално обољење]

Датум Дијагноза Објективни клинички симптоми

Радне смјернице

Утврдио

Повреде на раду

Датум Мјесто рада Посао који је радио у тренутку несреће Подаци о повреди Да ли је повреда смртовна Утврдио

Неспособност за рад

Датум Први дан издавања привремене неспособности Последњи дан привремене неспособности Разлог привремене спријечености Упућен на комисију Датум заказане поновне посјете Доктор медицине

Евиденција посјета

Датум Анамнеза Статус Налази Дијагноза Упутнице Доктор медицине

Упутнице

Датум Шаље Прима Напомена

Рецепти

Датум Мјесто рада Континуирана терапија Напомена доктора медицине Важи до

Болничко лијечење

Назив здравствене установе Датум пријема Датум отпуста Основни узрок хоспитализације Отпусно писмо

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-1-1 РС

Здравствени картон генерисао: _____

Датум и вријеме генерисања: _____

Породични лљкар: _____

Потпис: _____

Об. 6р. 1-2-1 PC

[број здравственог картона – протокола][тим породичне медицине]

За _____ рођен/-а _____ ЈМБ _____ Пол ☐ М ☐ Ж
[име и презиме] [датум рођења]

мајка _____ рођена _____ ЈМБ _____
[име и презиме] [датум рођења]

из _____ телефон _____
[адреса и мјесто становања] [контакт број]

Порођајна тежина (гр)	Порођајна дужина (цм)	
Обим главе (цм)	Порођајне повреде	☐ Да ☐ Не
Порођајне повреде		
Болести новорођенчета		
Претерминско (<i>pretemporarius</i>)		
Терминско (<i>temporarius</i>)		
Посттерминско (<i>posttemporarius</i>)		
Пород обављен у породилишту		
Пород обављен у кућним условима	[назив здравствене установе]	
Пород обављен без стручне помоћи (разлог)	[име и презиме бабице]	
Вакцине у породилишту		
Против ТБЦ-а – БСГ	[Датум]	[Лот]
Против жутице – ХБ	[Датум]	[Лот]
		[Напомена]

Глава

Грудни кош
Екстремитети
Пупак
Гениталије
Примитивни рефлекси
Дисање
Остали савјети
Држање и ношење бебе
Хигијена (купање)
Столица
Мокрење
Прехрана
Информација о коликама
Физиолошка жутица
Остали савјети
 а) облачење
 б) храњење
 в) превијање
 г) спавање
 д) остали савјети

У _____, дана _____

Шифра: _____

М. П.

Штампано: _____

[Медицинска сестра / техничар]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-2-2 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 1–2 МЈЕСЕЦА ЖИВОТА

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

ел. здрав. картица

ЈМБ

Пол

☐ М ☐ Ж

Датум прегледа

Локација прегледа

Исхрана

Моров рефлекс

Тонус мишића

Профилакса рахитиса

Дијагноза

Коментар дијагнозе

Напомена

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-2-3 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 3–4 МЈЕСЕЦА ЖИВОТА

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

ел. здрав. картица

ЈМБ

Пол

☐ М ☐ Ж

Датум прегледа

Локација прегледа

Исхрана

Моров рефлекс

Тонус мишића

Профилакса рахитиса

УЗВ налаз

Дијагноза

Третман

Напомена

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-2-4 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 6–7 МЈЕСЕЦИ ЖИВОТА

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

ел. здрав. картица

ЈМБ

Пол

☐ М ☐ Ж

Датум прегледа

Локација прегледа

Исхрана

Тонус мишића

Профилакса рахитиса

Статус ухрањености

Профилакса анемије

Преглед стоматолога

Млијечни зуби

Дијагноза

Обрада

Напомена

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-2-5 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 9–10 МЈЕСЕЦИ ЖИВОТА

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

ел. здрав. картица

ЈМБ

Пол

☐ М ☐ Ж

Датум прегледа

Локација прегледа

Исхрана

Тонус мишића

Профилакса рахитиса

Статус ухрањености

Профилакса анемије

Преглед стоматолога

Млијечни зуби

Дијагноза

Обрада

Напомена

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-2-6 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 12–15 МЈЕСЕЦИ ЖИВОТА

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

ел. здрав. картица

ЈМБ

Пол

☐ М ☐ Ж

Датум прегледа

Локација прегледа

Исхрана

Тонус мишића

Храни се кашиком

Статус ухрањености

Храни се флашицом

Преглед стоматолога

Млијечни зubi

Скелетни систем

Дијагноза

Обрада

Напомена

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-2-7 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 2 ГОДИНЕ ЖИВОТА

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

ел. здрав. картица

ЈМБ

Пол

☐ М ☐ Ж

Датум прегледа

Локација прегледа

Преглед прилагођен

Исхрана

Тонус мишића

Статус ухрањености

Преглед стоматолога

Млијечни зуби

Скелетни систем

Процјена дјетета

Иде у јаслице

Дијагноза

Обрада

Напомена

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-2-8 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 3 ГОДИНЕ ЖИВОТА

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

ел. здрав. картица

ЈМБ

Пол

☐ М ☐ Ж

Датум прегледа

Локација прегледа

Преглед прилагођен:

Исхрана:

Тонус мишића:

Статус ухрањености:

Преглед стоматолога:

Млијечни зуби:

Кичма:

Екстремитети:

Процјена дјетета:

Иде у јаслице:

Дијагноза:

Обрада:

Напомена:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-2-9 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД СА 4 ГОДИНЕ ЖИВОТА

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

ел. здрав. картица

ЈМБ

Пол

☐ М ☐ Ж

Датум прегледа

Локација прегледа

Преглед прилагођен:

Исхрана:

Тонус мишића:

Статус ухрањености:

Преглед стоматолога:

Млијечни зуби:

Кичма:

Екстремитети:

Процјена дјетета:

Иде у јаслице:

Дијагноза:

Обрада:

Напомена:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-2-10 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД ПРИЈЕ УПИСА У ОСНОВНУ ШКОЛУ

рођен/а _____
 [име (име родитеља) презиме] _____ [датум рођења] _____
 ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____ Пол ☐ М ☐ Ж

Датум прегледа _____ Локација прегледа _____

Пратња дјетета _____

Тежина _____ Висина _____ Обим главе _____

Пулс _____ Хемоглобин (g/L) _____

Налаз урина уредан ☐ Да ☐ Не Налаз бриса носа уредан ☐ Да ☐ Не

Преглед стоматолога _____

Млијечни зуби _____

Рефлекси	Хватање шаке ☐ Да ☐ Не	Аутоматско ходање ☐ Да ☐ Не	Хватање стопала ☐ Да ☐ Не
----------	---	--	--

Врат	Налаз уредан ☐ Да ☐ Не	Деформитети ☐ Да ☐ Не
------	---	--

Глава	Налаз уредан ☐ Да ☐ Не	Макроцефалија ☐ Да ☐ Не	Микроцефалија ☐ Да ☐ Не	Дискранија ☐ Да ☐ Не	Урађен УЗВ главе ☐ Да ☐ Не
-------	---	--	--	---	---

Кичма	Налаз уредан ☐ Да ☐ Не	Сколиоза ☐ Да ☐ Не	Кифоза ☐ Да ☐ Не	Држање тијела нормално ☐ Да ☐ Не
-------	---	---	---	---

Плућа	Налаз уредан ☐ Да ☐ Не	Аскулаторни налаз уредан ☐ Да ☐ Не
-------	---	---

Очи	Налаз уредан ☐ Да ☐ Не	Ishihara налаз уредан ☐ Да ☐ Не	Аномалије ☐ Да ☐ Не	Страбизам ☐ Да ☐ Не	Налаз фундуса урађен ☐ Да ☐ Не
	Cover тест позитиван ☐ Да ☐ Не	VER учињен лијево ☐ Да ☐ Не	VER учињен десно ☐ Да ☐ Не	Разликовање боја ☐ Да ☐ Не	

Офталмолошки налаз _____

Дијагноза _____

Слух	Налаз уредан ☐ Да ☐ Не	Слух на лијево ухо нормалан ☐ Да ☐ Не	Слух на десно ухо нормалан ☐ Да ☐ Не	Аудиометрија ☐ Да ☐ Не
------	---	--	---	---

Дијагноза: _____

Обрада: _____

Напомена: _____

ОДЛУКА О СПРЕМНОСТИ ЗА УПИС У ШКОЛУ

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-2-11 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД УЧЕНИКА

		рођен/а	
[име (име родитеља) презиме]		[датум рођења]	
ел. здрав. картица	ЈМБ	Пол	☐ М ☐ Ж
Школа	Разред		
Датум прегледа	Локација прегледа		
Тежина	Т. А.		
Висина	Плућа		
Чистоћа	Психички развој		
Вашљивост	Говорне мане		
Тјелесно држање	Пубертет		
Тјелесна ухрањеност	Прва менструација		
Тјелесна развијеност	КРВНА ХБ.		
Кичмени стуб	СЛИКА ЕП		
Грудни кош	Албумен у урину		
Деформација стопала	Столица на паразите		
Вид	Алергијска обољења		
Слух	Остали патолошки налази		
Уста, ждријело, тонзиле	Способност за физ. васпитање		
ЗУБИ Каријес	Успјех у школи		
Пародонтопија	Имунизациони статус		
Штитна жлијезда			
Срце			
Ризична понашања:			
Напомене:			

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-4-2 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона - протокола]

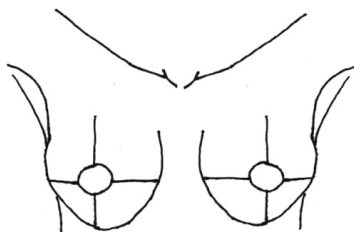
[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД ЖЕНЕ

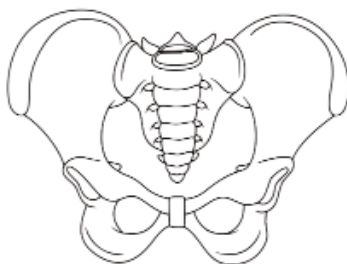
рођена _____
 [име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
 из _____
 [адреса становања] [општина/ град]
 Ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
 Ослобођена партиципације: ☐ Да ☐ Не Основа ослобађања _____

Занимање

Брачно стање



Налаз:



Налаз:

Тјелесна тежина _____ Тјелесна висина _____ Крвни притисак _____

Пуши _____ Пије _____ Дрога _____

Породична анамнеза:

Лична анамнеза:

Menarchae: _____ Порода: _____ Начин довршења: _____
 Стерилитет: _____ Аб. _____ Art _____ сп. _____
 Длакавост _____ 3. М. _____ циклус _____ обилност _____ болне _____

Контрацепција	Врста	Дужина
Болест крвних судова		Шећер у крви
Инфективне болести		Компликације

ДОЈКЕ

Величина	Биопсија
Облик	RHD
Конзистенција	Мамографија
Mammila	Термовизија
Areola	Ултразвук
Болност	Коначна дијагноза
Исцједак	
Axilla	
Супраклавикуларно	
Инфраклавикуларно	

ГИНЕКОЛОШКИ ПРЕГЛЕД

Ст. чистоће	
Папа	
Датум последњег прегледа	Дг. захвати
Споловило	Punch биопсија
Vulva	CURETTAGE EXPL.FRAKC
Vagina	HORMONSKA TH:
Cervix	Цитостатици
Uterus	Антибиотици
Adnexa	Операција
Ожиљци	Лапароскопија
Повреде	RHD
Аномалије	Ултразвук
Оп. корекције	Инконтинентна
Континентна	
Коначна дијагноза:	

НАПОМЕНЕ:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

[Доктор медицине, факсимил]

Шифра доктора: _____

М. П.

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-4-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УЛОЖАК КОНТРОЛЕ ЗА ПОРОДИЉУ

Број улошка _____ Датум улошка _____

Породиља _____ рођена _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]
_____ ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона]

Датум посјете _____

Дан прегледа по породу _____

Врста услуге (прегледа) _____

Претпорођајна здравствена _____

заштита породиље _____

Болести мајке у току трудноће _____

Компликације у току порода и _____

након њега _____

Преглед дојки _____

Преглед висине фундуса _____

Преглед епизиотомије _____

Превенција инфекције _____

епизиотомије _____

Превијање ране од царског реза _____

Савјети о: _____

а) личној хигијени _____

б) исхрани _____

в) додатни савјети _____

Прва менструација након порода: _____

Психичко стање породиље: _____

Додатни савјети: _____

а) сан _____

б) гости _____

в) сексуални односи _____

НАПОМЕНА

Уложак закључен _____ Датум _____

Уложак закључио _____ [здравствени радник]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-5-1 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

[надлежни доктор стоматологије]

СТОМАТОЛОШКИ КАРТОН

Име, име родитеља,
презиме

ЈМБ

Датум рођења

Пол

Адреса становања

Држављанство

Број телефона

Лични број осигурања

Адреса електронске
поштеБрој картице здравственог
осигурањаКрвна група и Rh
фактор

Брачно стање

Досадашња обољења и стања од медицинског значаја (заокружити одговор)

Да ли је пацијент алергичан на неке лијекове,
храну или другесупстанце? ДА НЕ

Које? _____

Да ли пацијент има или је имао обољења или
интервенције на срцу и крвним судовима ? ДА НЕ

Повишен крвни притисак ДА НЕ

Снижен крвни притисак ДА НЕ

Инфаркт (срчани удар) ДА НЕ

Уграђен пејсмејкер ДА НЕ

Уграђене вјештачке залиске ДА НЕ

Angina pectoris ДА НЕ

Реуматска грозница ДА НЕ

Пацијент је лијечен од конвулзије или има
епилепсију? ДА НЕДа ли се пацијент лијечио од малигних обољења? ДА
НЕДа ли пацијент има продужено вријеме крварења?
ДА НЕ

Да ли пацијент има неко обољење крви? ДА НЕ

Да ли се пацијент лијечи или се лијечио од шећерне
болести? ДА НЕПацијент се оперисао или му предстоји операција?
ДА НЕ

Које? _____

Да ли пацијент има обољење дисајних путева? ДА
НЕДа ли је пацијент имао мождани удар (шлог)? ДА
НЕДа ли пацијент има обољење штитне жлијезде? ДА
НЕ

Да ли пацијент има обољење јетре ? ДА НЕ

Да ли пацијент има обољења бубрега ? ДА НЕ

Да ли пацијент има аутоимуна обољења ? ДА НЕ

Да ли пацијент узима неке лекове? ДА НЕ

Које? _____

Пацијент болује од неке болести која није
наведена? ДА НЕ

Које? _____

Пацијент је боловао од неке инфективне болести?
ДА НЕ

Које? _____

Да ли је пацијент ХИВ позитиван? ДА НЕ

Да ли пацијент има хепатитис? ДА НЕ

Да ли пацијент пуши? ДА НЕ

Да ли пацијент редовни конзумент алкохолних
пића? ДА НЕ

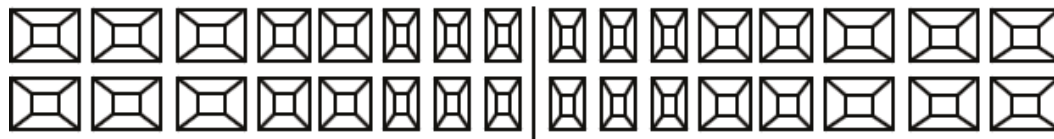
Да ли пацијент узима наркотике ? ДА НЕ

Да ли је пацијент у другом стању у овом тренутку? ДА
НЕДа ли пацијент шкргуће или стиска зубе ноћу или
дању? ДА НЕ

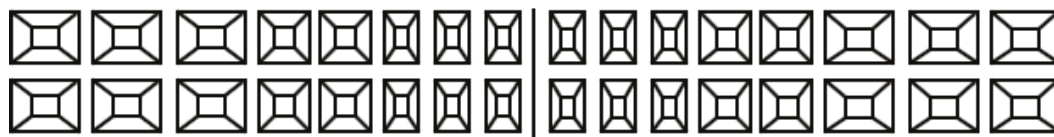
Да ли је пацијент губио свијест некада? ДА НЕ

Да ли је пацијент имао потешкоћа приликом
ранијих стоматолошких интервенција ? ДА НЕ

Статус



Санација



Датум				
Анамнеза				
Објективни налаз	Присуство меких наслага	ДА	НЕ	Присуство чврстих наслага
	Каријес	ДА	НЕ	На којим зубима: _____
	Стање меких ткива:			
РТГ налаз				
Дијагноза по МКБ				
Предложена терапија				

Уложак за стоматолошку протетику:	Број	Датум
Уложак за стоматолошку оралну хирургију	Број	Датум
Уложак за повреде	Број	Датум

Легенда:

K1 – Каријес	Ф – Фасета
K2 – Каријес секундарни	P – Коријен зуба
K3 – Пулпитис	ФР – Фрактурисан зуб
K4 – Пародонтитис	H – Зуб у ницању
З – Здрав зуб	РЕ – Периодонтитис
РК – Композитна пломба	ИЗ – Импактиран зуб
РА – Амалгамска пломба	ИМ – Имплантат
ПГЈ – Гласјономер пломба	ЛК – Лијечен коријен зуба
НЕ – Хируршки извађен зуб	А – Апикотомија
КС – Соло круна	С – Цистектомија
КН – Круна носач моста	ЛН – Ливена надоградња
КС – Круна члан моста	ФН – Фиберглас надоградња
КР – Привремена круна	ЗБ – Зуб са ортодонтским бравицом
ЗП – Зуб надокнађен протезом	ЗОП – Зуб са ортодонтским прстеном
	ПЗФ – Зуб са заливеним фисурама

ЕВИДЕНЦИЈА ПОСЈЕТА

Датум	Зуб	Дијагноза (МКБ)	Терапија	Доктор стоматологије
-------	-----	-----------------	----------	-------------------------

Обухваћени временски период : [датум од] – [датум до]

Стоматолошки картон
генерисао:

Шифра доктора:

Датум и вријеме генерисања:

М.П.

[доктор стоматологије, факсимил]

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

[надлежни доктор стоматологије]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-5-2 РС

СТОМАТОЛОШКИ КАРТОН ЗА ДЈЕЦУ

Име, име родитеља, презиме	_____	ЈМБ	_____
Датум рођења	_____	Пол	_____
Адреса становања	_____	Држављанство	_____
Број телефона	_____	Лични број осигурања	_____
Адреса електронске поште	_____	Број картице здравственог осигурања	_____
Крвна група и Rh фактор	_____	Брачно стање	_____

Досадашња обољења и стања од медицинског значаја (заокружити одговор)

Да ли је пацијент алергичан на неке лијекове,
храну или друге супстанце? ДА НЕ
Које? _____

Да ли пацијент болује од реуматске грознице или
реуматског обољења срца? ДА НЕ

Да ли пацијент има неко срчано обољење или је
има срчани удар? ДА НЕ

Пацијент је лијечен од конвулзије или има
епилепсију? ДА НЕ

Да ли пацијент има продужено вријеме крварења?
ДА НЕ

Да ли се пацијент лијечио од шећерне болести? ДА
НЕ

Пацијент се оперисао или му предстоји операција?
ДА НЕ

Које? _____

Да ли пацијент узима лијекове? ДА НЕ
Које? _____

Да ли се пацијент лијечио од хроничне болести? ДА
НЕ

Које? _____

Пацијент болује од неке болести која није
наведена? ДА НЕ

Које? _____

Пацијент је боловао од инфективне болести? ДА НЕ
Које? _____

Да ли пацијент има хепатитис? ДА НЕ

ДА НЕ

Да ли пацијент шкргуће или стиска зубе ноћу или
дању? ДА НЕ

Да ли је пацијент губио свијест некада? ДА НЕ

Статус**Млијечни зуби****Стални зуби****Санација****Млијечни зуби****Стални зуби**

Датум						
Анамнеза						
Објективни налаз	Присуство меких наслага	ДА	НЕ	Присуство чврстих наслага	ДА	НЕ
	Каријес	ДА	НЕ	На којим зубима:		
	Стање меких ткива: _____					
РТГ налаз						
Дијагноза по МКБ						
Предложена терапија						

Пацијент је усмено обавијештен о предложеној медицинској мјери и дао је писмену сагласност на предложену медицинску мјеру.

Уложак за стоматолошку протетику:	Број	Датум
Уложак за стоматолошку оралну хирургију	Број	Датум
Уложак за повреде	Број	Датум

Легенда:

К1 – Каријес
 К2 – Каријес секундарни
 К3 – Пулпитис
 К4 – Пародонтитис
 З – Здрав зуб
 РК – Композитна пломба
 РА – Амалгамска пломба
 ПГЈ – Гласјономер пломба
 НЕ – Хируршки извађен зуб
 КС – Соло круна
 КН – Круна носач моста
 КС – Круна члан моста
 КР – Привремена круна
 ЗП – Зуб надокнађен протезом

Ф – Фасета
 Р – Коријен зуба
 ФР – Фрактурисан зуб
 Н – Зуб у ницању
 РЕ – Периодонтитис
 ИЗ – Импактиран зуб
 ИМ – Имплантат
 ЛК – Лијечен коријен зуба
 А – Апикотомија
 С – Цистектомија
 ЛН – Ливена надоградња
 ФН – Фиберглас надоградња
 ЗБ – Зуб са ортодонтским бравицом
 ЗОП – Зуб са ортодонтским прстеном
 ПЗФ – Зуб са заливеним фисурама

ЕВИДЕНЦИЈА ПОСЈЕТА

Датум	Зуб	Дијагноза (МКБ)	Терапија	Доктор стоматологије
-------	-----	-----------------	----------	-------------------------

Обухваћени период:

[датум од] – [датум до]

Стоматолошки картон генерисао:

Шифра доктора:

Датум и вријеме генерисања:

М. П.

[доктор стоматологије, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-5-3 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

[надлежни доктор стоматологије]

УЛОЖАК СТОМАТОЛОШКЕ ПРОТЕТИКЕ

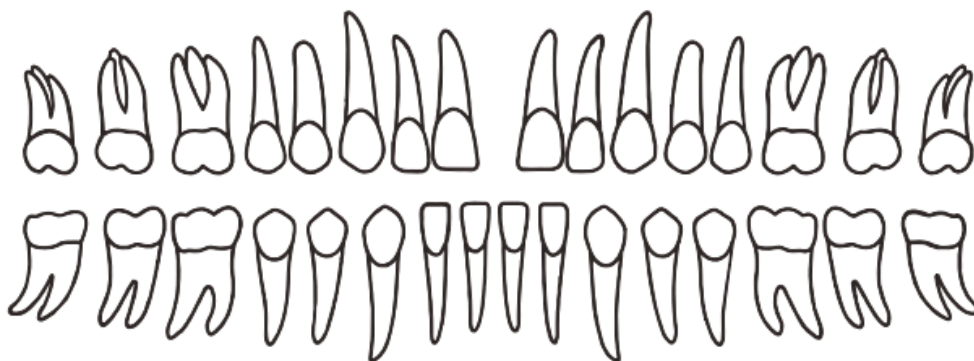
Број улошка: _____ Датум улошка: _____

Лице _____ рођен/-а _____
 [име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

из _____
 [адреса становања] [општина/ град]

_____ ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
 [контакт број телефона]

СТАТУС

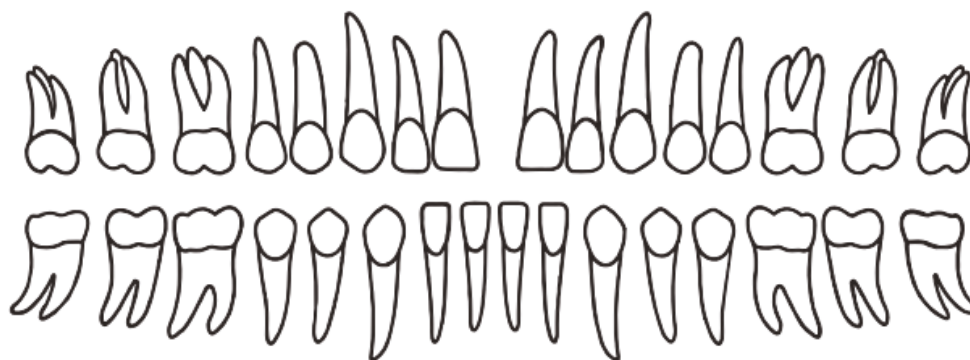


Врста стоматолошког рада _____
 Стоматолошки техничар _____

АНАМНЕЗА

Датум фазе рада Назив фазе рада Опис рада Зуб Боја зуба

САНАЦИЈА



У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

[Доктор стоматологије, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-5-4 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

[надлежни доктор стоматологије]

УЛОЖАК ОРАЛНЕ ХИРУРГИЈЕ

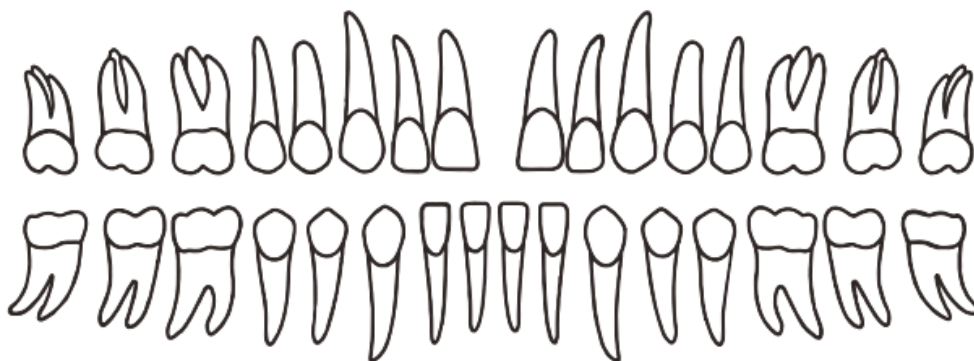
Број улошка: _____ Датум улошка: _____

Лице _____ рођен/-а _____
 [име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

из _____
 [адреса становања] [општина/град]

_____ ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
 [контакт број телефона]

СТАТУС



Општа обољења

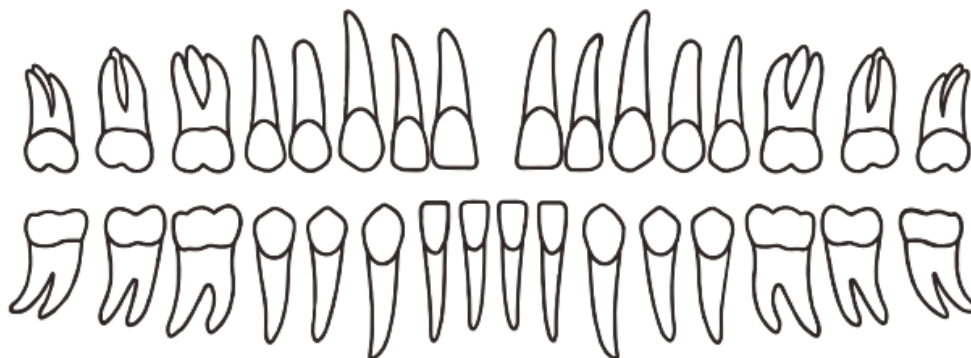
Анамнеза

Локални налаз

Рендгенски
налазПатохистолошки
налазЛабораторијски
налаз

Операција

Датум	Назив операције	Ток операције	Оператор	Асистент
-------	-----------------	---------------	----------	----------

САНАЦИЈА**Постоперативни ток**

Датум	Постоперативни ток	Прописана терапија
-------	--------------------	--------------------

Документ генерисао: _____
Датум и вријеме генерисања: _____

М. П.

Шифра доктора: _____

[доктор стоматологије, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-5-5 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

[надлежни доктор стоматологије]

УЛОЖАК СТОМАТОЛОШКЕ ПОВРЕДЕ

Број улошка: _____ Датум улошка: _____

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
Тел. _____ ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона]

ИСТОРИЈА ПОВРЕДЕ

Датум и вријеме повређивања _____
Датум и вријеме доласка у _____
ординацију _____
Мјесто повређивања _____

Механизам повређивања _____
(ударац, пад, туча, саобраћајна _____
несрећа) _____
Када и гдје је указана прва помоћ _____

Шта је рађено _____

Знаци повреде централног _____
нервног система (губитак _____
свијести, амнезија, вртоглавица, _____
мучнина и повраћање, _____
диплопија, крварење) _____
Тетанус имунизациони статус _____

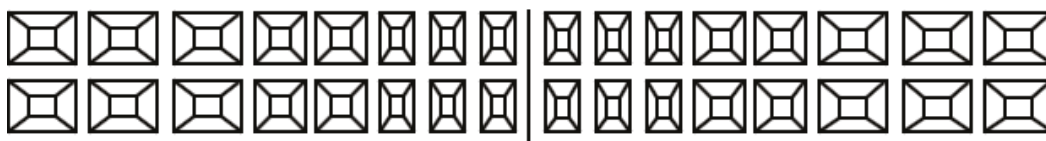
Екстраорални преглед _____

Интраорални преглед _____

Ортодонтске аномалије _____

Статус зуба _____

Стални зүби



Повријеђени зуби

Зуб	Тест виталитета	Луксација	Тест перкусије	Боја	Стадијум развоја коријена
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

0- нормалан	0 – нема	0- нормална	0 – непромијењена	0 – завршен раст (апекс затворен)
1 – снижен	1 – до 2 мм	1 – блага осјетљивост	1 – промијењена	1 – завршен раст (апекс отворен)
2 – повишен	2 – до 4 мм	2 – изражена осјетљивост		2 – > 2/3 завршен раст
3 – негативан	3 – преко 4 мм	3 – анклоиоза		3 – < 2/3 завршен раст

ЗА ТРАУМАТСКУ ЕКСТРАКЦИУ

Екстраалвеоларни период: _____

У чему је зуб донесен: _____

РАДИОГРАФСКИ ПРЕГЛЕД

Датум	Метод	Опис радиограма
-------	-------	-----------------

Повреде чврстих зубних ткива:

Дијагноза

Повреде потпорног апарата зуба,
окоlnих меких ткива и коштаног
тквива:

Дијагноза

План терапије

Контролни прегледи (на 15, 30, 90, 180, 360 дана, и једном годишње до пет година)

у _____, дана _____

Шифра доктора:

М.П.

Штампано:

[Доктор стоматологије, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-5-6 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

[надлежни доктор стоматологије]

УЛОЖАК СТОМАТОЛОШКЕ ПОВРЕДЕ ЗА ДЈЕЦУ

Број улошка: _____ Датум улошка: _____

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
Тел. _____ ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона]

ИСТОРИЈА ПОВРЕДЕ

Датум и вријеме повређивања _____
Датум и вријеме доласка у _____
ординацију _____
Мјесто повређивања _____

Механизам повређивања _____
(ударац, пад, туча, саобраћајна _____
несрећа)
Када и гдје је указана прва помоћ _____

Шта је рађено _____

Знаци повреде централног _____
нервног система (губитак _____
свијести, амнезија, вртоглавица, _____
мучнина и повраћање, _____
диплопија, крварење) _____
Тетанус имунизациони статус _____

Екстраорални преглед _____

Интраорални преглед _____

Ортодонтске аномалије _____

Статус зуба _____



Повријеђени зуби

Зуб	Тест витаљитета	Луксација	Тест перкусије	Боја	Стадијум развоја коријена
	0 – нормалан	0 – нема	0- нормална	0 – непромијењена	0 – завршен раст (апекс затворен)
	1 – снижен	1 – до 2 мм	1 – блага осјетљивост	1 – промијењена	1 – завршен раст (апекс отворен)
	2 – повишен	2 – до 4 мм	2 – изражена осјетљивост		2 – > 2/3 завршен раст
	3 – негативан	3 – преко 4 мм	3 – анкилоза		3 – < 2/3 завршен раст

ЗА ТРАУМАТСКУ ЕКСТРАКЦИЈУ

Екстраалвеоларни период: _____

У чему је зуб донесен: _____

РАДИОГРАФСКИ ПРЕГЛЕД

Датум _____ Метод _____ Опис радиограма _____

Повреде чврстих зубних ткива:
Дијагноза _____Повреде потпорног апарата зуба,
околних меких ткива и коштаног
ткива:
Дијагноза _____

План терапије _____

Контролни прегледи (на 15, 30,
90, 180, 360 дана, и једном
годишње до пет година) _____

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П. _____

[Доктор стоматологије, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-5-7 РС

[назив здравствене установе]

[број картона – протокола]

[организациона јединица]

[Број и датум анализе]

АНАЛИЗА СТУДИЈСКОГ МОДЕЛА

Статус

зуба:

РТГ статус

зуба:

Suma incizivi gore: _____ mm

Индекс лица: ☐ уско ☐ средње ☐ широко

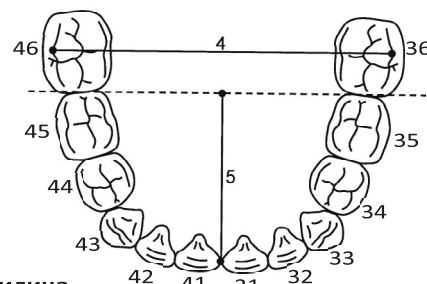
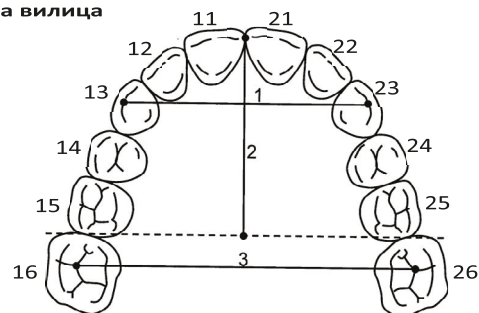
SCHWARZ-OBA АНАЛИЗА

Горња вилица	је	треба	разлика
Предња ширина			
Задња ширина			
Висина лука			

Доња вилица	је	треба	разлика
Предња ширина			
Задња ширина			
Висина лука			

АСИМЕТРИЈЕ

Горња вилица



Доња вилица

MOYERS-OBA АНАЛИЗА

Suma incizivi доље мм	Горња вилица		Доња вилица	
	Десно	Лијево	Десно	Лијево
Измјерена вриједност				
Табеларна вриједност				
РАЗЛИКА				

BOLTON-OBA АНАЛИЗА

Горња вилица												
Зуб	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
Ширина (мм)												
ЗБИР												
Доња вилица												
Зуб	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
Ширина (мм)												
ЗБИР												

LÜNDSTROM-OBA АНАЛИЗА

Горња вилица												
Зуб	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
Ширина (мм)												
Сегмент	C1		C2		C3		C4		C5		C6	
Потребан												
Расположив												
РАЗЛИКА												

Доња вилица												
Зуб	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
Ширина (мм)												
Сегмент	C1		C2		C3		C4		C5		C6	
Потребан												
Расположив												
РАЗЛИКА												

Усправне неправилности зуба: ☐ супрапозиција

инфрапозиција

Оклузија по Angle-y: _____

ДИЈАГНОЗА:

ПЛАН ТЕРАПИЈЕ:
МЕТОД ЛИЈЕЧЕЊА:

ТОК ТЕРПАПИЈЕ

Датум	Радови	Доктор стоматологије ортодонт

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор стоматологије, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-5-8 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона - протокола]

[организациона јединица]

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД ЗУБА И УСТА

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

из

[адреса становања]

[општина/град]

Ел. здрав. картица

ЈМБ

Ослобођен/-а партиципације: ☐ Да ☐ Не

Основа ослобађања

★	★	★	★	★	Z	Z	Z	Z	★
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
★	★	★	★	★	★	★	★	★	★

★	★	★	★	★	★	★	★	★	Z	Z	Z	Z	★	★	★	★
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★

Хигијена:

Стање гингиве:

Ортодонтске аномалије:

Напомена:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор стоматологије, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-6-1 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона - протокола]

[организациона јединица]

[тим породичне медицине]

ПЛАН ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ

Лице _____ рођен/-а _____
 _____ [име (име родитеља) презиме] _____ [датум рођења]

из _____
 _____ [адреса становања] _____ [општина/ град]

тел. _____ ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
 [контакт број телефона]

Има старатеља ☐ Да ☐ Не Име и презиме _____ тел. _____

Број _____ Датум _____ на основу налога за _____ датум
 плана _____ плана _____ кућну посјету _____

Дијагноза: _____

Индикација: _____

Здравствена
 њега која је
 прописана:

Датум _____ За период: _____
 прописивања: _____

[датум од] – [датум до]

Доктор _____ Задужена _____
 медицине који _____ медицинска _____
 је дао налог: _____ сестра _____

ЗДРАВСТВЕНА НЈЕГА КОЈУ ПЛАНИРА И СПРОВОДИ МЕДИЦИНСКА СЕСТРА (ПЛАН)

Датум, потпис МС	Проблем	Циљ	Интервенција	Евалуација
Датум, потпис МС	Проблем	Циљ	Интервенција	Евалуација

У _____, дана _____

М. П.

Медицинска сестра/техничар

Штампано: _____

[име и презиме, звање]

Бар код

ИД документа

Об. бр. 1-6-2 РС

[назив здравствене установе]

[број налога – протокола]

[организациона јединица]

[датум налога – протокола]

ЛИСТ КУЋНЕ ПОСЈЕТЕ

Лицу _____ рођен/-а _____
 _____ [име (име родитеља) презиме] _____ [датум рођења]
 из _____
 _____ [адреса становања] _____ [општина/град]
 тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____ Пол ☐ М ☐ Ж
 _____ [контакт број телефона] картица _____

☐ Патронажна посјета	☐ Кућна њега	☐ Кућна физикална терапија	☐ Кућно лијечење кисеоником	☐ Парентерална терапија у кући	☐ Палијативна њега у кући
---	-------------------------------------	---	--	---	--

Посјету обавио/-ла: _____ дана у периоду _____

ИЗВЈЕШТАЈ О ОБАВЉЕНОЈ ПОСЈЕТИ

У _____, дана _____

Медицинска сестра/техничар

М. П.

Штампано: _____

_____ [име и презиме, звање/професија]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-6-3 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

[тим породичне медицине]

ЛИСТ ЗА ПРАЋЕЊЕ ДЕКУБИТУСА

Лице _____ рођен/-а _____
 _____ [име (име родитеља) презиме] _____ [датум рођења]
 из _____
 _____ [адреса становања] _____ [општина/ град]
 тел. _____ ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
 _____ [контакт број телефона] _____
 Број улошка _____ Датум улошка _____

Локализација

- ① Задњи дио главе и уши
 ② Лопатице
 ③ Лактови
 ④ Доња леђа
 ⑤ Кукови
 ⑥ Кољена
 ⑦ Пете



Локализација /
Датум

Опис ране

(I, II, III, IV, H, ИНФ, Б, Е)

Величина ране

(ширина, дубина, дужина)

Околно тикво

(мацерирано, инфицирано)

Рубови ране (црвенило,

цепови, гранулација)

Количина секреције

(мала, средња, јака)

Поступак са раном

Антидекубитална

помагала

Учесталост превијања

Braden скала

Евалуација

Медицинска сестра

Потпис

I – црвенило не повлачи се; II – оштећење епидерма; III – оштећење поткожног ткива; IV – захваћен мишић (кост, тетива); H – некроза; ИНФ – постоји инфекција; Б – була, Е – ескара

У _____, дана _____

Евидентирао/-ла

М. П.

Штампано: _____

[медицинска сестра / техничар]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-6-4 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона - протокола]

[организациона јединица]

[број терапијског протокола]

ДЕКУРЗУС ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЊЕГУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

из _____
[адреса становања] [општина/ град]

ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____

Породични лекар _____
[надлежни доктор медицине]

ДЕКУРЗУС

ИСХОД

НАПОМЕНА

У _____, дана _____

Евидентирао/-ла

М. П.

Штампано: _____

[медицинска сестра / техничар]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-7-1 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[центар за ментално здравље]

[број улошка менталног здравља]

УЛОЖАК МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____ Пол ☐ М ☐ ЖОслобођен/-а партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____тел. _____ Контакт особа _____ тел. _____
[контакт број телефона] [име и презиме] [контакт број телефона]Брачно стање: ☐ ожењен/удата ☐ нежењен/неудата ☐ раздвојен
☐ живи у заједници ☐ разведен ☐ удовац/удовицаНиво образовања: ☐ без школе ☐ основна школа ☐ средња школа ☐ виша/факултет

Занимање: _____

Хронична обољења: _____

Инвалидитет: ☐ Да ☐ Не Ако је одговор ДА, врста и проценат инвалидитета: _____

Прва посјета: _____ Поновна посјета: _____

Анамнеза: _____

ФАКТОРИ РИЗИКА

Пушач ☐ Да ☐ Не ☐ Престао	Конзумација алкохола ☐ не пије ☐ повремено ☐ повремено без контроле ☐ свакодневно ☐ апстинент	Коришћење психоактивних супстанци ☐ Да, навести ПАС _____ ☐ Не ☐ На одвикавању Када _____	Други ризици ☐ Tentamen suicidii ☐ Поремећаји у исхрани
---	---	--	---

Редовно користи лијекове: _____

Раније хоспитализације у вези са менталним здрављем: ☐ није било ☐ добровољне ☐ присилне

Изречене мјере сигурности: _____

Изречене/извршене заштитне мјере: _____

ПОРОДИЧНА АНАМНЕЗА

Да ли неко од чланова породице болује од наведених стања?

СОЦИОЕПИДЕМИОЛОШКИ ПОДАЦИ

ПСИХОСОМАТСКИ СТАТУС

СТАТУС

РАДНА ДИЈАГНОЗА

КОНАЧНА ДИЈАГНОЗА

ТЕРАПИЈА

Упућен (навести):

- ☐ другом члану тима
☐ другом специјалисти
☐ на хоспитализацију
☐ друго

ОПСЕРВАЦИЈА СОЦИЈАЛНОГ РАДНИКА

НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ ПСИХОЛОГА

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА

РАДНА/ОКУПАЦИОНА ТЕРАПИЈА

Датум закључења улошка:

Шифра доктора: _____

М. П.

у _____, _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 1-7-2 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

[број терапијског протокола / досијеа]

УЛОЖАК СЕСТРИНСКЕ АНАМНЕЗЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

из _____
[адреса становања] [општина/ град]

ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____ Пол ☐ М ☐ Ж

Ослобођен/-а партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

Упућен од: _____ дана

Упутна дијагноза: _____

Разлог јављања: _____

Тренутне тегобе: _____

Тјелесна тежина: _____ Тјелесна висина _____

Крвни притисак: _____ БМИ _____

Да ли је било ранијих психијатријских лијечења: ☐ Да ☐ Не

Да ли је било психијатријских поремећаја у породици: ☐ Да ☐ Не

Ако је одговор ДА, навести сродство: _____

Да ли било хоспитализација и када је била посљедња: _____

Друга хронична обољења:

Пацијент долази: ☐ сам ☐ у пратњи _____
[име и презиме, сродство]

Особа од повјерења, контакт: _____

Минимални подаци о социјалном понашању и интересима (да ли размјењује посјете, с ким се дружи, долази ли у сукобу с другим особама, да ли избегава друштво, шта воли да ради у слободно вријеме, да ли је осуђиван):

Пацијент живи: ☐ сам ☐ не живи сам _____
[навести с ким живи]

Запажање током узимања анамнезе:

1) Контакт очима:

2) Вањски изглед:

3) Понашање:

4) Вербални контакт:

5) Комуникација:

6) Говор:

7) Мисаони ток:

8) Мисаони садржај:

9) Расположење:

10) Афекат:

11) Квалитет сна (дужина спавања _____; буђење током ноћи ДА НЕ)

12) Квалитет исхране (губитак апетита, појачан апетит, без апетита)

13) Халуцинације: ДА ако је одговор ДА назначите које:

14) Илузије: ДА ако је одговор ДА назначите које:

15) Суицидалне намјере:

СЕСТРИНСКА ДИЈАГНОЗА:

У _____, дана _____

Медицинска сестра / техничар

М. П.

Штампано: _____

[име и презиме, звање/професија]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 1-8-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[мобилни тим]

ЛИСТ РЕАНИМАЦИЈЕ

Име и презиме пацијента

Године живота

ЈМБ

Ел. здр. картица

Пол

☐ М ☐ Ж

Главна тегоба:

Анамнеза:

Хетероанамнеза:

Лијекови:

Алергија на лијекове:

ПОЧЕТНА ПРОЦЕНА

Вријеме ареста:

Вријеме доласка:

КПР

Да

Не

Тип ареста:

Срчани

Респираторни

Мјесто ареста:

Кућа

Улица

Амбулантна кола

Хитна кола

Остало

Пулс:

Опис пулса:

Регуларан

Ирегуларан

Слаб

Скоковит

Без пулса

Респирације

Опис респирација:

Нормалне

Плитке

Ретрактивне

Хипервентиација

Без респирација

Боја коже

Нормална

Блиједа

Цијанотична

Остало

Влажност коже

Нормална

Влажна

Сува

Температура коже

Нормална

Хладна

Топла

Капиларно пуњење

Нормално

Продужено

Ниједно

Зјенице

Нормалне

Дилатирани

Сужене

Фиксиране

Нема реакције

Неједнаке

Отварање очију

Спонтано

На позив

На бол

Ниједно

Вербални одговори

Оријентација

Збуњен

Неодговарајући

Неразумљив

Ниједно

Моторни одговори

Послушан

Сврсисходан

Отежан

Флексија

Екстензија

Ниједно

ЕКГ

Синусни

Тахикардија

Брадикардија

Аритмија

Блок 1

Блок 2 (Тип I)

Блок 2 (Тип II)

Блок 3

А-fib

V-tah

V-fib

Асистола

П А К

П В К

П Н К

Датум и вријеме	ЕКГ	Лијекови/Дефиб	Доза	Пут

У _____, дана _____

Шифра: _____

Штампано:

[доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 1-8-2 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

[мобилни тим]

ЛИСТ ЗА ПРИМОПРЕДАЈУ ХИТНОГ ПАЦИЈЕНТА БОЛНИЧКОЈ УСТАНОВИ

Пол ☐ М ☐ Ж рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

из

[адреса становања]

[општина/ град]

Ел. здрав. картица

ЈМБ

Ослобођен/-а партиципације:

☐ Да☐ Не

Основа ослобађања

Мјесто интервенције:

Асистенција:

☐ Полиција☐ Ватрогасци☐ Без

Датум прегледа:

Вријеме почетка прегледа:

Вријеме примопредаје у здравствену установу:

Алергије:

Главне тегобе:

Ранија терапија:

А – Дисајни пут

Б – Дисање

Отворен:

☐ Нормално☐ Неправилно☐ Успорено☐ Убрзано☐ Одсутно

Опструисан:

Fr.: / min.

Затворен:

☐ Дисајни покрети☐ Нормални☐ Плитки☐ Дубоки☐ Неправилни☐ Одсутни

Ц – Циркулација

Пулс: /min

☐ Правилан☐ Неправилан☐ Одсутан

EKG:

Sinus ritam

VF

VT

EMD

TA: / mmHg

TA: / mmHg

Asistolija

AF

☐ EKS☐ STEMI☐ BLG☐ BDG☐ VES☐ SPVT☐ Брадикардија☐ Остало

Капиларно пуњење

☐ > 2 сек☐ < 2 сек☐ Нема

Стање свијести

GKS:

☐ Свјестан

Отварање очију

1 2 3 4

☐ Сомноленција

Вербални одговор

1 2 3 4 5

☐ Сопор

Моторни одговор

1 2 3 4 5 6

☐ Кома

Збир

ШОК

☐ Да

Врста:

☐ Не

Зјенице:

Уске

Проширене

Неправилне

Нормалне

Д

Л

Д

Л

Д

Л

Д

Л

Температура:

°C

GUK

/mmol

SpO2

%

SpCO2

%

Кожа: ☐ Нормална ☐ Цијаноза ☐ Блиједа ☐ Топла ☐ Хладна ☐ Сува ☐ Влажна
Скала бола: ☐ Без бола (0) ☐ Благ (1-3) ☐ Умјерен (4-6) ☐ Јак (7-10)
KPR: ДА НЕ BLS ALS

☐ Повреда главе врата лица _____
☐ Повреда грудног коша _____
☐ Повреда абдомена _____
☐ Повреда кичме _____
☐ Повреда карлице _____
☐ Повреда екстремитета _____
☐ Повреда коже (екстерне) _____
☐ Политраума _____
 Крварење: ☐ Унутрашње ☐ Спољашње

Проценат опекотине _____ %

Механизам настанка повреде _____ Остало _____
☐ Пад
☐ Акцидентална стања
☐ Физичко насиље
☐ Саобраћајни удес

ТРАНСПОРТНИ ПОЛОЖАЈ	ПОСТУПЦИ	ТЕРАПИЈСКЕ ПРОЦЕДУРЕ
☐ Лежећи	☐ Иммобилизација	☐ Хемостаза ☐ Амбу балон
☐ Полусједећи	☐ Вратни оковратник	☐ Оксигенација ☐ Airway
☐ Сједећи	☐ Спинална даска	☐ Ив пут ☐ ЕТИ Аспирација
☐ Фаулеров	☐ Расклопна носила	☐ Дефибрилација ☐ I-gel
☐ Аутоотрансфузијски	☐ Удлаге	☐ Интраосеални пут ☐ Трахеотомија
☐ Бочни	☐ КЕД	☐ Торакоцентеза ☐ Катетеризација

ТЕРАПИЈА	ДОЗА	НАЧИН ДАВАЊА
Адреналин		
Атропин		
Инфузиона отопина		
Амиодарон		
Бикарбонати		
Допамин		
Aminophyllin		
Glucosae 50%		
Naloxon		
Anexat		
Антиаритмитици		
Аналгетици		
Антипиретици		
Инсулин		
Антихипертензивни		
Диуретици		
Бензодиазепини		
Морфин		
Остало		

Радна дијагноза

Напомена

У _____, дана _____

Пацијента предаје

[доктор медицине, факсимил]

Пацијента преузима

[доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 1-8-3 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона – протокола]

[организациона јединица]

[тим породичне медицине]

ЛИСТ ЗА ПРИМОПРЕДАЈУ ПАЦИЈЕНТА СЛУЖБИ ХИТНЕ МЕДИЦИНСКЕ ПОМОЋИ

Лице _____ рођен/-а _____
 _____ [име (име родитеља) презиме] _____ [датум рођења]
 из _____
 _____ [адреса становања] _____ [општина/ град]
 тел. _____ ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
 _____ [контакт број телефона]
 Ослобођен/-а партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____
 Главне тегобе: _____

Стање свијести Свјестан и оријентисан ☐ Свјестан и дезоријентисан ☐ Реагује на грубе положаје ☐ Без свијести ☐	Реакције зјеница Нормалне ☐ Сужене ☐ Дилатиране ☐ Фиксиране ☐ Неједнаке ☐ Нема реакције ☐	Респирација Нормална ☐ Плитка ☐ Диспнеја ☐ Хипервентилација ☐ Опструкција ☐ Без дисања ☐
Пулс Регуларан ☐ Ирегуларан ☐ Слаб ☐ Скоковит ☐ Нема ☐	ЕКГ Синус ритам ☐ Тахикардија ☐ Брадикардија ☐ Аритмије ☐ АФ ☐	АВ блок (I, II, III) ☐ АИМ ☐ ВФ/ВТ ☐ Асистолија ☐ Остало ☐

ТА:	Сатурација О ₂ :	ШУК:	Отворен ив. пут ☐ Да ☐ Не ☐
Реанимација: ДА ☐ НЕ ☐	Терапија		
Радна дијагноза:	Кисик/L	Лијек	Доза

Датум позива: _____ Вријеме преузимања _____
 Вријеме позива: _____ СХМП: _____
 Предао _____ Преузела СХМП _____

[Доктор медицине, факсимил]

[Доктор медицине, факсимил]

[Медицински техничар]

ПРИЛОГ 2

ИСТОРИЈА БОЛНИЧКОГ ЛИЈЕЧЕЊА И ЗБРИЊАВАЊА Об. бр. 2-1-1 РС

ПРИЈЕМНА АНАМНЕЗА Об. бр. 2-1-2 РС

ДЕКУРЗУС Об. бр. 2-1-3 РС

ОПЕРАЦИОНИ ЛИСТ Об. бр. 2-1-5 РС

ЛИСТ ПРИМОПРЕДАЈЕ БОЛНИЧКОГ ПАЦИЈЕНТА Об. бр. 2-1-7 РС

ЛИСТ ПРЕМИНУЛОГ Об. бр. 2-2-5 РС

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-1-1 РС

[назив здравствене установе]

[број болничког протокола]

[организациона јединица]

[датум уписа у протокол]

ИСТОРИЈА БОЛНИЧКОГ ЛИЈЕЧЕЊА И ЗБРИЊАВАЊА

Лица _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]ЈМБ _____ Пол ☐ М ☐ Ж држављанство _____
из _____
[адреса становања] [општина/ град]Осигуран/-а ☐ Да ☐ Не Осигурање: _____ Здрав. картица _____
Ослобођен/-а партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____Одјељење на пријему _____ Датум пријема _____
Упутна дијагноза _____ Дневни случај ☐ Да ☐ Не
Повреда ☐ Да ☐ Не Спољни узрок повреде _____
Основни узрок хоспитализације _____
Пратеће дијагнозе _____Основна процедура _____ Датум _____
Остале процедуре _____ Датум _____
_____ Датум _____Тежина на _____ у Крвна група _____ Број сати
пријему _____ грамима. и RH фактор _____ респираторне
[за новорођенче] _____ подршке _____

Датум отпуста _____ Број дана хоспитализације _____

Одјељење са којег је _____
извршен отпуст _____

Врста отпуста	Стање на отпусту	
☐ Отпуст кући	☐ Излијечен/-а	☐ Неизлијечен/-а
☐ Отпуст / премјештај у другу здравствену установу	☐ Побољшано	☐ Погоршано
☐ Отпуштен/а на сопствени захтјев	☐ Умро/-ла	
☐ Статистички отпуст	Обдукован ☐ Да ☐ Не	
Основни узрок смрти		

Датум закључења: _____ Шифра доктора: _____

М. П.

[Доктор медицине, факсимил]

[нови лист]

АНАМНЕЗА И НАЛАЗ

[нови лист]

ДАТУМ	ТОК БОЛЕСТИ И НАЛАЗИ	ТЕРАПИЈА

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-1-2 РС

[назив здравствене установе]

[број болничког протокола]

[организациона јединица]

[датум уписа у протокол]

ПРИЈЕМНА АНАМНЕЗА

Лице _____ рођен/-а _____ ЈМБ _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/град]

Пријемна дијагноза:

Садашња болест:

Лична и породична анамнеза:

Објективни налаз:

Напомена:

Датум прегледа:

М. П.

Преглед обавио

[доктор медицине, потпис, шифра]

Штампано:

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-1-3 РС

[назив здравствене установе]

[број болничког протокола]

[организациона јединица]

[број историје болести]

ДЕКУРЗУС

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/град]

СЕКВЕНЦА

ОПИС

СТАТУС

НАПОМЕНА

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-1-5 РС

[назив здравствене установе]

[број операционог протокола]

[организациона јединица]

[број историје болести]

ОПЕРАЦИОНИ ЛИСТ

Име и презиме:

Датум рођења:

ЈМБ:

Преоперативни закључак:

Почетак операције:

Завршетак операције:

Дијагноза:

Процедура:

Операција:

Тип анестезије:

Оперативни налаз:

Компликације:

Ткива која су извађена:

Непредвиђене ситуације:

Патохистолошки узорак:

Оператор:

Асистент 1:

Асистент 2:

Асистент 3:

Остали асистенти:

Анестезиолог:

Инструментарац 1:

Инструментарац 2:

Анестетичар 1:

Анестетичар 2:

Реинтервенција (ДА/НЕ):

Напомена:

У _____, дана _____

М. П.

ОПЕРАТОР

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-1-7 РС

[назив здравствене установе]

[број историје болести]

[организациона јединица]

[број протокола]

ЛИСТ ПРИМОПРЕДАЈЕ БОЛНИЧКОГ ПАЦИЈЕНТА

Лице _____ рођен/-а _____
 _____ [име (име родитеља) презиме] _____ [датум рођења]

из _____
 _____ [адреса становања] _____ [општина/ град]

тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
 _____ [контакт број телефона] _____ картица _____

Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

премјешта _____
 се из _____ [назив и организациона јединица здравствене установе]

премјешта _____
 се у _____ [назив и организациона јединица здравствене установе]

Датум премјештаја _____ Вријеме премјештаја _____

Опште стање _____
 пацијента _____

Покретљивост _____

Свијест _____

Температура _____

Отворен венски пут _____
 (уколико има, навести локацију и стање) _____

Назогастрична сонда: ☐ ДА ☐ НЕ Уринарни катетер: ☐ ДА ☐ НЕ

Декубитус Локација _____
 Стадијум I II III IV

Хигијена пацијента ☐ Не задовољава ☐ Задовољава ☐ Одлична

Напомена

У _____, дана _____

Лице које предаје пацијента

Лице које преузима пацијента

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-2-5 РС

[назив здравствене установе]

[број болничког протокола]

[организациона јединица]

[број историје болничког лијечења]

ЛИСТ ПРЕМИНУЛОГ

Одјељење

Име и презиме преминулог

ЈМБ

Датум смрти

Вријеме смрти

Тијело преминулог предао

Тијело преминулог преузео

Датум преузимања преминулог

Вријеме

У _____, дана _____

Историју болничког лијечења закључио

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил, шифра]

ПРИЛОГ 3

ТЕМПЕРАТУРНО-ТЕРАПИЈСКА ЛИСТА

Об. бр. 2-1-4 РС

ПРИЛОГ 4

ЛИСТ АНЕСТЕЗИЈЕ Об. бр. 2-1-6 РС

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-1-6 РС

[назив здравствене установе]

[број оперативног протокола]

[организациона јединица]

[операциона сала]

ЛИСТ АНЕСТЕЗИЈЕ

Пацијент _____ рођен/-а _____
 [име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

Пол ☐ М ☐ Ж ЈМБ _____ Број историје болести _____

Крвна група _____ РН фактор _____ Алергије _____

Висина (цм) _____ Тежина (кг) _____ БМИ _____

ТА (mmHg) _____ Пулс/мин _____ ЕКГ _____

Преоперативна дијагноза _____

Назив оперативног захвата: _____ Датум захвата _____

ПРЕОПЕРАТИВНИ СТАТУС – СИСТЕМИ ОРГАНА

Централни периферни систем _____	Гастроинтестинални систем _____
Кардиоваскуларни систем _____	Генитоуринарни систем _____
Респираторни систем _____	Ендокрини систем _____

ЛАБОРАТОРИЈСКИ НАЛАЗИ

Налаз	Вриједност	Реф. вр.	Налаз	Вриједност	Реф. вр.
WBC			Na+		
RBC			Ca2+		
HgB			Mg2+		
Htc			Bilirubin		
Plt			LDH		
AST			Kreatinin		
ALT			Urea		
Glu			GFR		
K+			aPIT		
			INR		

ЛАБОРАТОРИЈСКИ НАЛАЗ, СКОРОВИ

	Скор	Реф.		Скор	Реф.
ASA			Child-Pugh		
Mallampati			Glasgow кома скала		
NYHA			Друго		
POSSUM					

Раније операције _____

Терапија, преоперативна _____

РЕГИОНАЛНА АНЕСТЕЗИЈА

Блок _____ Анестетик _____

ПРЕМЕДИКАЦИЈА

Средство	Доза	Пут	Вријеме
----------	------	-----	---------

ИНДУКЦИЈА

Задовољава _____ Екситација _____ Кашаљ _____ Ларингоспазам _____

ОПЕРАТИВНИ СТАТУС – ТОК ОПЕРАЦИЈЕ И АНЕСТЕЗИЈЕ

Ендотрахеални тубус бр. _____	Ларингеална маска бр. _____
Оро/Назотрахеално _____	Преоксигенација 3 мин. _____
Дволуменски тубус бр. _____	Kormak Lihen _____

РЕВЕРЗИЈА МИШИЋНОГ БЛОКА

Средство	Доза	Вријеме
----------	------	---------

АНЕСТЕЗИОЛОШКИ ГАСОВИ И ЛИЈЕКОВИ

Назив	Доза / Конц.	Начин	Напомена
Ваздух / Азот-оксидул			
O ₂			
Севофлуран / Изофлуран			
Мидазолам			
Етомидат			
Пропофол			
Тиопентон			
Фентанил			
Реми- / Суфентанил			
Алфентанил			
Сукцинилхолин			
Рокуронијум			
Атракуријум			
Цисатракуријум			

ВРИЈЕМЕ И ВИТАЛНИ ПАРАМЕТРИ

Параметар	Анестезија	Операција	Јединица
Вријеме			hh:mm
Пулс			/min
Пулс			/min
Крвни притисак			mmHg
Крвни притисак			mmHg
SpO ₂			%
EtCO ₂			mmHg
Параметри механичке вентилације			
CVP / PAP / PCWP			mmHg
Температура (ТТ)			°C

ТЕЧНОСТИ, ГУБИЦИ И БИЛАНС

Параметар	Количина	Јединица	Напомена
Диуреза		ml	
Губитак крви		ml	
Други губици		ml	
Диуреза (укупно)		ml	
Укупно дате течности		ml	
Укупно дата крв и компоненте		ml / јед.	
Биланс течности		ml	

МОНИТОРИНГ ДУБИНЕ АНЕСТЕЗИЈЕ И НЕУРОМУСКУЛАРНЕ БЛОКАДЕ

Параметар	Вриједност	Напомена
BIS		
TOF		

Положај пацијента

Анестезија – ток

Анестезиолошки систем

Операција – ток

БУЂЕЊЕ И ОПОРАВАК

Параметар	Стање / ДА–НЕ	Напомена
Буђење – свијест		
Буђење – дисање		
Екстубација		
Ларингоспазам		
Повраћање		

ОПЕРАТИВНИ ТИМ

Хирург		Потпис	
Асистент		Потпис	
Анестезиолог		Потпис	
Анестетичар		Потпис	

Датум и вријеме

Постоперативно упутство

Терапија, постоперативна

Мјесто постоперативног смјештаја

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

ПРИЛОГ 5

ОТПУСНО ПИСМО (ХИРУРШКЕ ГРАНЕ)	Об. бр. 2-2-1 РС
ОТПУСНО ПИСМО (КОНЗЕРВАТИВНЕ ГРАНЕ)	Об. бр. 2-2-2 РС
ОТПУСНО ПИСМО ЗА НОВОРОЂЕНЧЕ	Об. бр. 2-2-3 РС

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-2-1 РС

[назив здравствене установе]

[број болничког протокола]

[организациона јединица]

[број историје болести]

ОТПУСНО ПИСМО ХИРУРШКЕ ГРАНЕ

За _____ рођен/-а _____ ЈМБ _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

из _____
[адреса становања] [општина/ град]

На стационарном лијечењу од _____ до _____ Укупно _____ дана.
[датум] [датум]

Пријемна дијагноза:

Отпусна дијагноза:

Остале дијагнозе:

Оперативни поступак/-ци:

Дијагностика:

Стање при отпусту:

Радна способност:

Епикриза и закључак:

Терапија:

Препорука за контролу:

Напомена:

Одјељењски доктор

Шеф одјељења

Начелник

[име и презиме, потпис]

[име и презиме, потпис]

[име и презиме, потпис]

У _____, дана _____

М. П.

Штампано:

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-2-2 РС

[назив здравствене установе]

[број болничког протокола]

[организациона јединица]

[број историје болести]

ОТПУСНО ПИСМО КОНЗЕРВАТИВНЕ ГРАНЕ

За _____ рођен/-а _____ ЈМБ _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]

На стационарном лијечењу од _____ до _____ Укупно _____ дана.
[датум] [датум]

Пријемна дијагноза:

Отпусна дијагноза:

Остале дијагнозе:

Разлог пријема:

Главне тегобе садашње болести:

Лична и породична анамнеза:

Објективни налаз:

Дијагностика:

Ток болести и закључак:

Терапија:

Препорука за контролу:

Напомена:

Одјељењски доктор

Непосредни руководицац

Начелник

[име и презиме, потпис]

[име и презиме, потпис]

[име и презиме, потпис]

У _____, дана _____ М. П.

Штампано:

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-2-3 РС

[назив здравствене установе]

[број болничког протокола]

[организациона јединица]

[број историје болести]

ОТПУСНО ПИСМО ЗА НОВОРОЂЕНЧЕ

Име и презиме новорођенчета: _____

Датум рођења: _____ Привремени ИД _____

Име и презиме мајке _____ ЈМБ мајке _____

Адреса и мјесто становања: _____

Период боравка, од _____ до _____ датума. Укупно _____ дана.

Дијагноза:

Остале дијагнозе:

Стање на отпусту:

Контрола:

Терапија:

Важнији налази и напомене:

Дијагностика:

Пород: _____ GS _____ AS _____

Тјелесна тежина на породу _____ gr

Тјелесна дужина (у cm) _____ Обим главе (у cm) _____ Обим грудног коша (у cm) _____

Примило К вит. у профилактичкој дози:

Скрининг на фенилкетонурнију и хипотиреозу

Скрининг ТЕОАЕ:

Први подој: _____ Исхрана: _____

Тјелесна тежина на отпусту: _____ gr

Примљене вакцине:

Одјељењски доктор

Непосредни руководиоцац

Начелник

[име и презиме, потпис]

[име и презиме, потпис]

[име и презиме, потпис]

У _____, дана _____

М. П.

Штампано

Скрининг на хипотироидизам

Скрининг на оштећење слуха

Ехо скрининг

ОБАВЕЗНА ИМУНИЗАЦИЈА

Вакцина

Примљена

Датум

Лот

Напомена

VCG вакцина

☐ Да ☐ Не

Hepatitis B вакцина

☐ Да ☐ Не

ПРОФИЛАКТИЧКА ПРИМЈЕНА ВИТАМИНА

Вакцина

Примијењен

Датум

K витамин

☐ Да ☐ Не

K витамин

☐ Да ☐ Не

Други:

ИСХРАНА

Исхрана

☐ природна☐ мјешовита☐ вјештачка

Напомена:

Први подој (час од рођења)

Опис стања новорођенчета

при отпуста из породилишта

Тјелесна тежина при отпуста

Датум отпуста

Завршна дијагноза

Препорука

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

ПРИЛОГ 7

МАТИЧНИ ЛИСТ

Об. бр. 2-4-1 РС

Бар-код

ИД документа

Об. бр. 2-4-1 РС

[назив здравствене установе]

[број матичне књиге]

[Организациона јединица]

[број историје болничког лијечења]

МАТИЧНИ ЛИСТ

Лица _____ рођен/-а _____
 _____ [име (име родитеља) презиме] _____ [датум рођења]
 ЈМБ _____ Пол ☐ М ☐ Ж држављанство _____
 из _____
 _____ [адреса становања] _____ [општина/ град]

Осигуран/-а ☐ Да ☐ Не Осигурање: _____ Здрав. картица _____
 Ослобођен/-а партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

Одјељење _____ Датум _____
 на пријему _____ пријема: _____

Упутна дијагноза _____ Дневни случај ☐ Да ☐ Не

Повреда ☐ Да ☐ Не Спољни узрок повреде _____

Основни узрок хоспитализације _____

Пратеће дијагнозе _____

Основна процедура _____ Датум _____

Остале процедуре _____ Датум _____

_____ Датум _____

Тежина на _____ у _____ Крвна група _____ Број сати _____
 пријему _____ [за новорођенче] _____ грамира. и RH фактор _____ респираторне _____
 _____ подршке _____

Датум отпуста _____ Број дана хоспитализације _____

Одјељење са којег је _____
 извршен отпуст _____

Врста отпуста

- ☐ Отпуст кући
☐ Отпуст / премјештај у другу здравствену установу
☐ Отпуштен/-а на сопствени захтјев
☐ Статистички отпуст
 Основни узрок смрти _____

Стање на отпусту

- ☐ Излијечен/-а ☐ Неизлијечен/-а
☐ Побољшано ☐ Погоршано
☐ Умро/-ла
 Обдукован ☐ Да ☐ Не

Датум закључења: _____

Шифра доктора: _____

М. П.

 [Доктор медицине, факсимил]

ПРИЛОГ 8

ПРОТОКОЛ ЗА ПАЦИЈЕНТЕ У ТИМОВИМА ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ, ГИНЕКОЛОГИЈЕ И ПЕДИЈАТРИЈЕ 3-1-1
РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕХОСПИТАЛО ХИТНО ЗБРИЊАВАЊЕ ОБОЉЕЛОГ И ПОВРИЈЕЂЕНОГ ЛИЦА / Извјештај доктора
медицине из хитне медицинске помоћи (са терена) 3-1-2 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ИМУНИЗАЦИЈУ 3-1-3 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЊЕГУ 3-1-4 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ИНТЕРВЕНЦИЈЕ ДАВАЊЕ ИНЈЕКЦИЈЕ, ПРЕВИЈАЊЕ, МАЛА ХИРУРГИЈА 3-1-5 РС

ПРОТОКОЛ У СЛУЖБАМА ЛАБОРАТОРИЈСКЕ ДИЈАГНОСТИКЕ И ДИЈАГНОСТИЧКОГ СНИМАЊА 3-1-6 РС

ПРОТОКОЛ ЗА КУЋНЕ ПОСЕТЕ 3-1-7 РС

ПРОТОКОЛ ЗА СТОМАТОЛОШКУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ 3-1-8 РС

ПРОТОКОЛ ЗА СКРИНИНГ 3-1-9 РС

ПРОТОКОЛ ПРЕГЛЕДА ЛИЦА РАДИ ИЗДАВАЊА УВЈЕРЕЊА 3-1-10 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПРОЛАЗНЕ ПАЦИЈЕНТЕ 3-1-11 РС

ПРОТОКОЛ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНЕ ПРЕГЛЕДЕ 3-1-12 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПРУЖАЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 3-2-1 РС

ПРОТОКОЛ ЗА АНЕСТЕЗИЈУ 3-2-2 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ОПЕРИСАНЕ ПАЦИЈЕНТЕ 3-2-3 РС

ПРОТОКОЛ ЗА БИОПСИЈУ – ПАТОХИСТОЛОШКИ НАЛАЗ 3-2-4 РС

ПРОТОКОЛ ЗА КЛИНИЧКУ ПАТОЛОГИЈУ 3-2-5 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПОРОЂАЈЕ/ПРИЈАВА РОЂЕЊА 3-2-6 РС

ПРОТОКОЛ ЗА УМРЛЕ 3-2-7 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ОБДУКЦИЈУ 3-2-8 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕКИД ТРУДНОЋЕ 3-2-9 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПРИКУПЉАЊЕ И ПРИЈЕМ КРВИ 3-3-1 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПЕРАДУ КРВИ 3-3-2 РС

ПРОТОКОЛ ЗА РЕГИСТРОВАЊЕ НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА НА ЛИЈЕКОВЕ И МЕДИЦИНСКА СРЕДСТВА 3-6-1 РС

Ознака документа: 3-1-1 РС

**ПРОТОКОЛ ЗА ПАЦИЈЕНТЕ
У ТИМОВИМА ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ, ГИНЕКОЛОГИЈЕ И ПЕДИЈАТРИЈЕ**

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3. Тим породичне медицине

4 Мјесто

5 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о пацијенту

6 Редни број пацијента

7 Датум посјете

8 Презиме, име родитеља, име

9 Година рођења

10 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град)

11 Број картице здравственог осигурања

Евиденција о посјетама (прва, поновна)

12 Анамнеза и налаз

13 Дијагноза

14 Терапија

15 Упут (коме, куда и кад је упућен)

16 Датум заказане поновне посјете

Ознака документа: 3-1-2 РС

**ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕХОСПИТАЛО ХИТНО ЗБРИЊАВАЊЕ ОБОЉЕЛОГ И ПОВРИЈЕЂЕНОГ
ЛИЦА****/ Извјештај доктора медицине из хитне медицинске помоћи (са терена)**

Степен хитности

1 Степен хитности

Подаци о установи

2 Назив здравствене установе

3 Адреса здравствене установе

Подаци о пацијенту

4 Презиме, име родитеља, име

5 Јединствени матични број (ЈМБ)

6 Датум рођења

7 Пол

8 Број картице здравственог осигурања

9 Партиципација

11 Адреса пребивалишта (мјесто, општина, држава)

12 Зграда (улична, дворишна)

13 Улаз, спрат, стан

14 Мјесто интервенције (у стану, јавно мјесто, на послу)

Медицински подаци

15 Министарство унутрашњих послова (позван, присутан)

16 Екипа

17 Датум

18 Позив примљен у

19 Екипа добила позив у

20 На адреси у

21 Код пацијента у

22 Транспорт започет у

23 Крај интервенције у

24 Опште стање

25 Тјелесна температура

26 Срце

27 Плућа

28 Трбух

- 29 Неуролошки налаз
- 30 Фаст скала
- 31 Алергије
- 32 Видно поље
- 33 Пареза/плегија
- 34 Пареза/парализа фацијалиса
- 35 Девијација погледа
- 36 Отвара очи
- 37 Вербални одговор
- 38 Моторни одговор
- 39 Ревидирани траума скор
- 40 Крварење
- 41 Механизам повређивања
- 42 Тип повреде
- 43 Локализација повреде
- 44 ЕКГ
- 45 Виталне функције
- 46 Тровање
- 47 Упућен коме
- 48 Превезен где
- 49 Пацијент предат у болницу
- Терапија и третман
- 50 И. в. линија
- 51 И. о. приступ
- 52 O2
- 53 Дефибрилација
- 54 Конверзија ритма
- 55 Транскуптани пејсинг
- 56 ЕКГ мониторинг
- 57 Компресија стернума
- 58 Airway
- 59 Аспирација
- 60 Вентилација
- 61 Интубација
- 62 ЛМА

- 63 Реанимиран до доласка екипе
- 64 Регистрован први ритам
- 65 Губитак свијести у
- 66 Реанимација прекинута у
- 67 Исход КПП
- 68 Ампулирани лијек, доза и вријеме
- 69 Таблете, доза и вријеме
- 70 Инфузија, количина и вријеме
- 71 Спреј
- 72 Инхалација
- 73 Аспирин
- 74 Plavix/Brilique
- 75 Хемостаза
- 76 Имобилизација
- 77 Радна дијагноза
- 78 Остале дијагнозе
- 79 Стање пацијента
- 80 Смртни исход
- 81 Смрт констатована у
- 82 Број констатације смрти
- 83 Пацијент одбија:
- 84 Потпис пацијента
- Административни подаци
- 85 Отказан позив
- 86 Није нађен
- 87 Потпис и факсимил доктора медицине

Ознака документа: 3-1-3 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ИМУНИЗАЦИЈУ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о пацијенту

7 Презиме, име родитеља, име

8 Датум рођења

9 Пол

10 Јединствени матични број

11 Адреса пребивалишта

12 Број електронске здравствене картице

Подаци о вакцини

13 Назив вакцине

14 Произвођач

15 ЛОТ/ серија

16 Рок употребе

17 Циљна болест

18 Доза (број)

19 Датум примјене

20 Начин примјене

21 Мјесто примјене

22 Непосредна реакција (да, не)

23 Врста имунизације

24 Здравствени радник

Ознака документа: 3-1-4 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЊЕГУ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Датум пружене услуге здравствене његе

7 Презиме, име родитеља, име

8 Година рођења

9 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град, држава)

10 Број картице здравственог осигурања

Евиденција о посјетама (прва, поновна)

11 Анамнеза и налаз

12 Дијагноза

13 Терапија

14 Упут (коме, куда и кад је упућен)

15 Датум заказане поновне посјете

Ознака документа: 3-1-5 РС

**ПРОТОКОЛ ЗА ИНТЕРВЕНЦИЈЕ
ДАВАЊЕ ИНЈЕКЦИЈЕ, ПРЕВИЈАЊЕ, МАЛА ХИРУРГИЈА**

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Датум посјете

7 Презиме, име родитеља, име

8 Година рођења

9 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град, држава)

10 Број картице здравственог осигурања

Евиденција о посјетама (прва, поновна)

11 Ко шаље, шта се тражи

12 Број здравственог картона/историје болести

13 Клиничка дијагноза

14 Шта је урађено – налаз

Ознака документа: 3-1-6 РС

ПРОТОКОЛ У СЛУЖБАМА ЛАБОРАТОРИЈСКЕ ДИЈАГНОСТИКЕ И ДИЈАГНОСТИЧКОГ СНИМАЊА

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистравања (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Презиме, име родитеља, име

7 Датум рођења

8 Адреса пребивалишта

9 Број електронске здравствене картице

Евиденција о посјетама

10 Ко шаље, шта се тражи

11 Број здравственог картона/историје болести

12 Клиничка дијагноза

13 Шта је урађено, налаз

Ознака документа: 3-1-7 РС

ПРОТОКОЛ ЗА КУЋНЕ ПОСЕТЕ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистравања (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Датум посјете

7 Презиме, име родитеља, име

8 Година рођења

9 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град, држава)

10 Број картице здравственог осигурања

Евиденција о посјетама (прва, поновна)

11 Анамнеза и налаз

12 Дијагноза

13 Терапија

14 Упут (коме, куда и кад је упућен)

15 Датум заказане поновне посјете

Ознака документа: 3-1-8 РС

ПРОТОКОЛ ЗА СТОМАТОЛОШКУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Датум

7 Презиме, име родитеља, име

8 Датум рођења

9 Адреса пребивалишта

10 Број електронске здравствене картице

Подаци о пруженој здравственој услузи

11 Датум пружања услуге

Предузете интервенције и мјере

12 Врста стоматолошке услуге / интервенције

13 Захваћени зуб / регија (ФДИ ознака)

14 Кориштена средства и материјали (основно)

15 Примењена анестезија (да/не; тип)

Исход интервенције

16 Завршена / дјелимично завршена / одгођена

17 Стање пацијента након интервенције

18 Терапија и упуте

19 План контроле (ако постоји)

Ознака документа: 3-1-9 РС

ПРОТОКОЛ ЗА СКРИНИНГ

Подаци о установи

1 Назив здравствене установе

2 Организациона јединица

3 Општина / град

Подаци о скринингу

4 Назив скрининг програма

5 Правни основ (одлука / програм / стратегија)

6 Период спровођења скрининга

7 Идентификациони број протокола / евиденције

Подаци о лицу које је обухваћено скринингом

8 Име и презиме

9 Јединствени матични број (ЈМБ)

10 Датум рођења

11 Пол

12 Адреса пребивалишта / боравишта

13 Контакт подаци (телефон, адреса електронске поште – имејл)

14 Шифра изабраног доктора

15 Категорија циљне популације

Подаци о позивању и одзиву

16 Начин позивања (писмени позив, телефон, електронски)

17 Датум слања позива

18 Датум одазива

19 Разлог неодржавања (ако постоји)

20 Да ли је скрининг добровољан (да/не)

21 Анамнестички и ризик-фактори (ограничени сет)

22 Претходни скрининг (датум и резултат)

Подаци о скрининг прегледу

23 Врста скрининга

24 Датум прегледа

25 Апаратура (тип, идентификација уређаја)

26 Име и презиме здравственог радника

27 Технички квалитет снимка (адекватан / неадекватан)

Резултат скрининга

28 Налаз

29 Интерпретација налаза

30 Категорија резултата (негативан, сумњив, позитиван)

31 Препорука за даље поступање

Упућивање и даљи кораци

32 Да ли је потребна додатна дијагностика (да/не)

33 Врста додатног прегледа

34 Датум упућивања

35 Установа у коју је лице упућено

36 Исход (ако је доступан)

37 Коначна дијагноза

38 Стадијум болести (ако је потврђен карцином)

39 Датум постављања дијагнозе

40 Повезаност са скринингом

Контрола квалитета и мониторинг

41 Вријеме од скрининга до резултата

42 Вријеме од позитивног налаза до дијагнозе

43 Потпис / идентификација одговорног лица

Административни и правни елементи

44 Сагласност лица за учешће у скринингу

45 Напомена о заштити података

46 Датум уноса у евиденцију

47 Име и презиме лица које је извршило унос

Ознака документа: 3-1-10 РС

ПРОТОКОЛ ПРЕГЛЕДА ЛИЦА РАДИ ИЗДАВАЊА УВЈЕРЕЊА

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Датум посјете

7 Презиме, име родитеља, име

8 Година рођења

9 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град, држава)

10 Број здравствене картице

11 Занимање

Евиденција о посјетама (прва, поновна)

12 Врста прегледа

13 Шта је урађено – налаз

14 Врста издатог увјерења

15 Датум поновне посјете

Ознака документа: 3-1-11 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПРОЛАЗНЕ ПАЦИЈЕНТЕ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистравања (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Датум посјете

7 Презиме, име родитеља, име

8 Година рођења

9 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град)

10 Број картице здравственог осигурања

Евиденција о посјетама (прва, поновна)

11 Анамнеза и налаз

12 Дијагноза

13 Терапија

14 Упут (коме, куда и кад је упућен)

15 Датум заказане поновне посјете

Ознака документа: 3-1-12 РС

ПРОТОКОЛ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНЕ ПРЕГЛЕДЕ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Мјесто

4 Период регистравања (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Датум посјете

7 Презиме, име једног од родитеља, име

8 Година рођења

9 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град, држава)

10 Број здравствене картице

Евиденција о посјетама (прва, поновна)

11 Ко шаље, шта се тражи

12 Број здравственог картона, историје болести

13 Клиничка дијагноза

14 Шта је урађено – налаз

Ознака документа: 3-2-1 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПРУЖАЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Датум пријема

7 Презиме, име родитеља, име

8 Јединствени матични број (ЈМБ)

9 Број картице здравственог осигурања

10 Здравствена установа која шаље

11 Упутна дијагноза

12 Број историје болести

13 Одјељење на које се упућује

Ознака документа: 3-2-2 РС

ПРОТОКОЛ ЗА АНЕСТЕЗИЈУ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Мјесто

4 Период регистравања (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Број историје болести

7 Датум операције

8 Презиме, име родитеља, име

9 Јединствени матични број (ЈМБ)

10 Преоперативна дијагностика

11 Операција/интервенција

12 Премедикација

13 Анестезија

Подаци о пружаоцима услуга

14 Анестезиолог

15 Анестетичар

16 Оператор – доктор медицине који је оперисао

Напомене

17 Напомене

Ознака документа: 3-2-3 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ОПЕРИСАНЕ ПАЦИЈЕНТЕ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Број историје болести

7 Датум операције

8 Презиме, име родитеља, име

9 Јединствени матични број (ЈМБ)

10 Клиничка дијагноза (из историје болести)

11 Врста операције

12 Оперативни налаз

13 Трајање операције (од – до)

14 Врста анестезије

Подаци о пружаоцима услуга

15 Оператор – доктор медицине који је оперисао

16 Асистенти

17 Анестезиолог

18 Анестетичар

Напомене

19 Напомене

Ознака документа: 3-2-4 РС

ПРОТОКОЛ ЗА БИОПСИЈУ – ПАТОХИСТОЛОШКИ НАЛАЗ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Презиме, име родитеља, име

7 Јединствени матични број (ЈМБ)

8 Датум рођења

9 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град, држава)

10 Број електронске здравствене картице

11 Број здравственог картона/историје болести

Подаци о раду

12 Датум узимања материјала

13 Датум слања материјала

14 Датум пријема материјала

15 Ко шаље материјал (установа, организациона јединица, доктор медицине)

16 Материјал

17 Клиничка дијагноза

18 Налаз

19 Датум издавања налаза

20 Налаз потписао

Ознака документа: 3-2-5 РС

ПРОТОКОЛ ЗА КЛИНИЧКУ ПАТОЛОГИЈУ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Назив и тип лабораторије

4 Акредитациони статус лабораторије

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Презиме, име родитеља, име

7 Јединствени матични број (ЈМБ)

8 Датум рођења

9 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град, држава)

10 Број електронске здравствене картице

11 Број историје болести / упутнице

Подаци о упуту и клинички подаци

12 Број и датум упута

13 Име и презиме доктора медицине који упућује

14 Клиничка дијагноза (МКБ-10)

15 Клиничка индикација

16 Претходни релевантни налази

17 Хитност (редовно / хитно)

Подаци о узорку

18 Тип узорка (биопсија, ресекат, аспират, цитолошки узорак)

19 Анатомска локализација

20 Начин узимања узорка

21 Датум и вријеме узимања

22 Датум и вријеме пријема у лабораторију

23 Фиксација (тип, трајање)

24 Количина / број узорака

25 Стање узорка при пријему

Лабораторијска обрада

26 Макроскопски налаз

27 Микроскопски налаз

28 Имунохистохемија (маркер, резултат, интензитет, ако је примјењиво)

29 Молекуларна патологија (ако је примјењиво)

30 Цитогенетика (ако је примјењиво)

Дијагностички закључак

31 Коначна патохистолошка / цитолошка дијагноза

32 Класификација

33 Статус хируршких маргина

34 Предиктивни / прогностички фактори

35 Дијагностички коментар

36 Ограничења анализе

37 Препорука за додатну дијагностику

38 Потврда и ауторизација

39 Име и презиме патолога

40 Специјализација

41 Потпис (електронски / ручни)

42 Датум верификације налаза

Ознака документа: 3-2-6 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПОРОЂАЈЕ/ПРИЈАВА РОЂЕЊА

Подаци о установи

1 Назив здравствене установе

2 Матични број

3 Јединица у саставу

4 Адреса

5 Општина/град

6 Датум попуњавања пријаве

7 Број историје болести

8 Број протокола

Подаци о мајци

9 Презиме, име родитеља, име

10 Датум рођења

11 Јединствени матични број (ЈМБ)

12 Замјенски идентификатор особе

13 Број знаменског идентификатора

14 Број картице здравственог осигурања

15 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град, држава)

16 Брачно стање

17 Образовање

18 Занимање

19 Број ранијих порођаја

20 Број рођене дјеце укупно, рачунајући и ово дијете

21 Број живорођене дјеце

22 Број мртворођене дјеце

23 Од тога сада у животу

24 Број прекида трудноће

Подаци о трудноћи

25 Пушење у трудноћи

26 Алкохол у трудноћи (дневно)

27 Дроге у трудноћи

28 Патолошко стање у трудноћи

29 Водеће патолошко стање у трудноћи (МКБ)

30 Остала патолошка стања у трудноћи (МКБ)

31 Да ли је БМПО трудноћа

Подаци о порођају

32 Мјесто порођаја

33 Помоћ при порођају

34 Број дјеце рођене у овом порођају

35 Начин завршетка порођаја (МКБ)

36 Епизиотомија

37 Компликације за вријеме порођаја

38 Водећа компликација за вријеме порођаја (МКБ)

39 Остале компликације за вријеме порођаја (МКБ)

40 Аналгезија/Анестезија

41 Трансфузија

42 Компликације у пуерперијуму

43 Водећа компликација у пуерперијуму (МКБ)

44 Остале компликације у пуерперијуму (МКБ)

Подаци о новорођенчету

45 Ред рођења

46 Живорођено – мртворођено

47 Пол

48 Датум рођења

49 Вријеме рођења

50 Тјелесна маса

51 Тјелесна дужина

52 Гестациона старост

53 Апгар 1

54 Апгар 5

55 Видљиве урођене аномалије

56 Врста аномалије

57 Патолошка стања непосредно након порођаја

58 Водеће патолошко стање (МКБ)

59 Остала патолошка стања (МКБ)

Подаци о боравку у здравственој установи и стање на испису

60 Датум пријема мајке

61 Начин пријема мајке

- 62 Датум отпуста мајке
- 63 Начин отпуста мајке
- 64 Стање мајке при испису
- 65 Дијагноза (МКБ)
- 66 Основни узрок смрти (МКБ)
- 67 Датум и вријеме смрти
- 68 Датум отпуста новорођенчета
- 69 Начин отпуста новорођенчета
- 70 Стање новорођенчета при отпусту
- 71 Дијагноза (МКБ)
- 72 Основни узрок смрти (МКБ)
- 73 Датум и вријеме смрти
- 74 Смрт наступила
- 75 Доктор медицине
- 76 Датум потписивања пријаве

Ознака документа: 3-2-7 РС

ПРОТОКОЛ ЗА УМРЛЕ

Подаци о установи

1 Назив здравствене установе

2 Матични број

3 Јединица у саставу

Подаци о умрлом

4 Презиме и име умрлог

5 Презиме прије закључења брака

6 Презиме и име оца

7 Презиме и име мајке

8 Пол

9 Датум рођења (дан, мјесец, година, час и минут – за одојчад до 7 дана)

10 Јединствени матични број (ЈМБ)

11 Мјесто рођења

12 Општина/град (или страна држава)

13 Адреса пребивалишта (улица и број, мјесто, општина/град)

14 Брачно стање

15 Презиме и име брачног друга, презиме прије закључења брака

16 Држављанство

17 Највиша завршена школа

18 Активност

Подаци о смрти

19 Датум и час смрти/налажења леша

20 Мјесто наступања смрти/налажења леша

21 Улица и број

22 Мјесто (насеље)

23 Општина/град

Подаци о умрлом одојчету

24 Тјелесна маса на рођењу (за одојчад до 30 дана старости)

25 Тјелесна дужина на рођењу (за одојчад до 30 дана старости)

26 Гестациона старост (за одојчад до 30 дана старости)

27 Датум рођења мајке умрлог одојчета

28 Највиша завршена школа мајке умрлог одојчета

29 Активност мајке умрлог одојчета

Подаци за умрле ван здравствене установе

30 Назив посљедње здравствене установе у којој је лијечен

31 Презиме и име посљедњег ординирајућег доктора медицине

Подаци о поријеклу смрти

32 Природна

33 Насилна

34 Неутврђено

Подаци о обдукцији

35 Да ли је тражена обдукција

36 Назив суда и број предмета

Подаци о насилној смрти

37 Поријекло насилне смрти

38 Вријеме догађаја који је изазвао насилну смрт (дан, мјесец, година, час и минут, дан у недјељи)

39 Мјесто догађаја

40 Активност у тренутку догађаја

Подаци о узроку смрти

41 Непосредни узрок

42 Претходни узрок (болест или повреда)

43 Основни узрок (болест или спољашње околности повређивања)

44 Друга значајна стања, болести и повреде које су допринијеле смрти

45 Да ли је умрли био лијечен од болести, повреде од које је умро

46 Ко је дао податке о узроку смрти

47 Подаци о узроку смрти дати из (здравственог картона, историје болести, обдукционог налаза, остале документације)

Напомена

48 Напомена

Потврда смртног исхода

49 Датум, час и минут

50 Мјесто

51 Печат установе

52 Потпис и факсимил доктора медицине

Ознака документа: 3-2-8 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ОБДУКЦИЈУ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистравања (датум од – до)

Подаци о преминулом

5 Редни број

6 Датум пријема леша

7 Презиме, име једног родитеља, име

8 Јединствени матични број (ЈМБ)

9 Мјесто рођења

10 Општина/град рођења

11 Држава рођења

12 Датум рођења

13 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град, држава)

14 Занимање

15 Брачно стање

16 Држављанство

17 Мјесто смрти

18 Датум смрти

19 Здравствена установа у којој је примљен – лијечен

20 Одјељење пријема – лијечења

21 Датум пријема у здравствену установу на лијечење

22 Број историје болести

23 Подаци о току болести и смрти

24 Основна дијагноза у току лијечења

25 Ко је леш упутио

26 Ко је леш примио – презиме и име

Подаци о обдукцији

27 Мјесто и датум обдукције

28 Патолошко-анатомска, судска дијагноза

29 Обдуцент – презиме и име

30 Записничар – презиме и име

31 Присутно лице – презиме и име

Напомене

32 Напомене

Ознака документа: 3-2-9 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕКИД ТРУДНОЋЕ

Подаци о установи

1 Назив здравствене установе

2 Организациона јединица

3 Општина/град

Подаци о пацијенткињи

4 Презиме, име родитеља, име

5 Јединствени матични број (ЈМБ)

6 Датум рођења

7 Број електронске здравствене картице

8 Основ осигурања

9 Адреса

10 Мјесто становања

11 Општина/град

12 Држава

13 Брачно стање

14 Образовање

15 Радни статус

16 Занимање

Подаци о боравку у установи

17 Број историје болести

18 Датум пријема

19 Датум прекида трудноће

20 Прекид извршен дневна болница/стационар

21 Датум отпуста

22 Начин отпуста

23 Основни узрок смрти

Анамнеза и статус

24 Контрацепција

25 Број досадашњих порођаја

26 Број живорођене дјеце

27 Број досадашњих легално индукованих прекида трудноће

28 Број досадашњих спонтаних прекида трудноће

29 Врста прекида трудноће (дијагноза)

30 Компликације настале послије прекида трудноће (дијагноза)

31 Начин извођења прекида трудноће

32 Трудноћа настала БМПО

33 Разлог прекида трудноће

Ознака документа: 3-3-1 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПРИКУПЉАЊЕ И ПРИЈЕМ КРВИ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Тип процеса (прикупљање, тестирање, обрада, складиштење, дистрибуција)

5 Датум и вријеме уписа података

6 Лице које је извршило упис података

Лични подаци о даваоцу

7 Презиме, име родитеља, име

8 Јединствени матични број (ЈМБ)

9 Датум рођења

10 Адреса пребивалишта (мјесто, општина/град, држава)

11 Број телефона

12 Број књижице добровољног даваоца

Медицинска и анамнестичка процјена добровољног даваоца крви

13 Датум регистрације добровољног даваоца крви

14 Тип даваоца (добровољни, породични, аутологни)

15 Физички преглед (ниво хемоглобина, крвни притисак, тјелесна тежина, пулс)

16 Упитник о здравственом стању (претходне болести, путовања у ризична подручја, ризична понашања)

17 Привремене или трајне контраиндикације

18 Одлука (прихваћен, привремено одбијен, трајно одбијен)

19 Разлог одбијања

20 Евиденција давања

21 Датум давања

22 Тип давања (пуна крв, плазма, тромбоцити)

23 Количина узете крви

24 Нежељене реакције код даваоца (ако постоје)

Ознака документа: 3-3-2 РС

ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕРАДУ КРВИ

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Тип процеса (прикупљање, тестирање, обрада, складиштење, дистрибуција)

5 Датум и вријеме уписа података

6 Лице које је извршило упис података

Подаци о јединици крви/крвној компоненти

7 Јединствени идентификатор јединице крви (ISBT 128 или еквивалент)

8 Повезани идентификатор даваоца

9 Датум и вријеме прикупљања

10 Локација прикупљања

Подаци о лабораторијском тестирању добровољног даваоца крви

11 Серолошка тестирања (ХИВ, HBV (HBsAg), HCV, сифилис)

12 ABO група

13 RhD фактор

14 Скрининг антитијела

15 Остали антигени (ако се тестирају)

16 Метода одређивања

Обрада и раздвајање крви/крвне компоненте

17 Врста компоненте (пуна крв, еритроцити, плазма, тромбоцити)

18 Метода обраде

19 Датум обраде

20 Рок употребе

21 Услови складиштења (температурни распон)

Ознака документа: 3-6-1 РС

**ПРОТОКОЛ ЗА РЕГИСТРОВАЊЕ НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА НА ЛИЈЕКОВЕ И МЕДИЦИНСКА
СРЕДСТВА**

Подаци о установи

1 Назив здравствене установе

2 Организациона јединица

3 Општина / град

Подаци о пацијенту

4 Презиме, име родитеља, име

5 Јединствени матични број (ЈМБ)

6 Датум рођења

7 Пол

8 Број електронске здравствене картице

9 Број историје болести или здравственог картона

Подаци о лицу које је пријавило нежељену реакцију

10 Име и презиме здравственог радника

12 Контакт број телефона

ЗА РЕАКЦИЈЕ ИЗАЗВАНЕ ЛИЈЕКОМ

Подаци о лијеку

13 Заштићени назив лијека

14 Генерички назив

15 Број серије (ЛОТ)

15 Доза и начин примјене

16 Датум почетка и краја терапије

17 Индикација

Подаци о нежељеној реакцији

18 Опис реакције (симптоми, дијагноза)

19 Датум и вријеме почетка реакције

20 Исход реакције (опорављен, опорављен с посљедицама, хоспитализација, смрт)

21 Да ли је реакција престала након укидања лијека

ЗА РЕАКЦИЈЕ ИЗАЗВАНЕ МЕДИЦИНСКИМ СРЕДСТВОМ

Подаци о медицинском средству

22 Назив средства и врста

23 Име произвођача

24 Серијски број или број шарже (ЛОТ)

25 Датум производње и рок употребе

Подаци о инциденту

26 Датум и мјесто догађаја

27 Опис догађаја (шта се десило: квар, грешка у упутству, проблем с квалитетом)

28 Да ли је средство било кориштено на пацијенту у тренутку инцидента

Подаци о посљедицама по пацијента/корисника

29 Здравствено стање пацијента (без посљедица, повреда, опорављен, опорављен с посљедицама, хоспитализација, смрт)

30 Предузете мјере

ПРИЛОГ 9

КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ О ЛИЦИМА ОБОЉЕЛИМ ОД БОЛЕСТИ ОД ВЕЋЕГ ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕНОГ ЗНАЧАЈА 4-1-1 РС

КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ О ПРИМАЊУ И ИЗДАВАЊУ ПСИХОАКТИВНЕ КОНТРОЛИСАНЕ СУПСТАНЦЕ 4-2-1 РС

КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ О УЖИВАОЦИМА ПСИХОАКТИВНЕ СУПСТАНЦЕ 4-2-2 РС

КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ О КОНТРОЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ 4-3-1 РС

КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ О РЕДОСЛИЈЕДУ КОРИШЋЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА – ЛИСТА ЧЕКАЊА 4-5-1 РС

Ознака документа: 4-1-1 РС

**КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ О ЛИЦИМА ОБОЉЕЛИМ
ОД БОЛЕСТИ ОД ВЕЋЕГ ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕНОГ ЗНАЧАЈА**

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о пацијенту

5 Редни број пацијента

6 Датум уписивања податка

7 Презиме, име родитеља, име

8 Број здравственог картона

9 Адреса становања

10 Мјесто

Медицински подаци

11 Обољење (дијагноза, шифра)

Напомене

12 Напомене

Ознака документа: 4-2-1 РС

**КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ О ПРИМАЊУ И ИЗДАВАЊУ
ПСИХОАКТИВНЕ КОНТРОЛИСАНЕ СУПСТАНЦЕ**

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о издатој супстанци

5 Редни број

6 Назив психоактивне супстанце (INN)

7 Датум набавке

8 Датум издавања

9 Назив добављача

10 Количина

Подаци о лицу којем је прописана супстанца

11 Презиме, име родитеља, име лица којем је прописан лијек

12 Адреса становања

13 Мјесто

14 Име и презиме лица које је преузело лијек

15 Обољење (дијагноза, шифра)

Подаци о лицу/установи које је прописало супстанцу

16 Здравствена установа којој је издат лијек

17 Шифра доктора медицине

Напомена

18 Напомена

Ознака документа: 4-2-2 РС

**КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ
О УЖИВАОЦИМА ПСИХОАКТИВНЕ СУПСТАНЦЕ**

Подаци о установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица/служба

3 Мјесто

4 Период регистрација (датум од – до)

Подаци о уживаоцу психоактивне супстанце

5 Редни број пацијента

6 Датум уписа

7 Презиме, име родитеља, име

8 Година рођења

9 Број здравственог картона

10 Обољење (дијагноза, шифра)

11 Назив психоактивне супстанце

12 Прво узимање психоактивне супстанце (мјесец и година)

Напомена

13 Напомена

Ознака документа: 4-3-1 РС

КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ О КОНТРОЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ

Подаци о здравственој установи

1 Назив здравствене установе

2 Организациона јединица

3 Презиме и име лица у здравственој установи које врши стерилизацију

Подаци о стерилизацији

4 Датум стерилизације

5 Врста стерилизације

6 Стерилизатор

7 Вријеме укључивања апарата

8 Вријеме искључивања апарата

9 Тест трака

10 Потпис лица које врши стерилизацију

Ознака документа: 4-5-1 РС

**КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ О
РЕДОСЛИЈЕДУ КОРИШЋЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА – ЛИСТА ЧЕКАЊА**

Подаци о здравственој установи

1 Назив здравствене установе

2 Организациони дио

3 Презиме и име лица у здравственој установи које води евиденцију

Подаци о пацијенту

4 Име и презиме лица

5 ЈМБГ

6 Електронска здравствена картица

7 Адреса становања

8 Телефон

9 Адреса електронске поште (имејл)

10 Презиме и име контакт особе

11 Телефон контакт особе

12 Адреса електронске поште контакт особе

Подаци о здравственој услузи због које се осигурано лице ставља на листу чекања

13 Датум резервације мјеста

14 Датум пријема медицинске документације

15 Назив здравствене услуге због које се осигурано лице ставља на листу чекања

16 Врста импланта (уградни материјал)

17 Медицинска индикација (МКБ)

18 Клинички критеријум

19 Страна тијела на којој је орган или дијела тијела (за парне органе или дијелове тијела)

20 Рок за пружање здравствене услуге

21 Доктор медицине који попунио податке о потребној здравственој услузи

22 Руководилац организационе јединице

23 Директор здравствене установе

Подаци о датуму стављања односно очекиваног датума пружања здравствене услуге

24 Датум стављања на листу чекања

25 Очекивани датум пружања здравствене услуге

ПРИЛОГ 10

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОСЈЕТАМА И РАДУ У ПОРОДИЧНОЈ МЕДИЦИНИ 5-1-1 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОСЈЕТАМА И РАДУ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ДЈЕЦЕ 5-1-2 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОСЈЕТАМА И РАДУ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЖЕНА (ординација) 5-1-3 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОСЈЕТАМА И РАДУ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЖЕНА (савјетовалиште) 5-1-4 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОСЈЕТАМА И РАДУ У ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 5-1-5 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О КРЕТАЊУ БОЛЕСНИКА У БОЛНИЦИ – СТАЦИОНАРУ 5-2-1 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О УТВРЂЕНИМ ОБОЉЕЊИМА И СТАЊИМА 5-3-1 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА ЗАКАЗАНИХ ПРЕГЛЕДА, ДИЈАГНОСТИЧКИХ ПРОЦЕДУРА И ПОСТУПАКА 5-4-1 РС

Ознака документа: 5-1-1 РС

**ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА
О ПОСЈЕТАМА И РАДУ У ПОРОДИЧНОЈ МЕДИЦИНИ**

Подаци о здравственој установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Мјесто

4 Доктор медицине – медицинска сестра – бабица

5 Мјесец и година

6 Дан у мјесецу (1–31)

Посјете – у ординацији

7 Ради систематских прегледа

8 Ради периодичних медицинских прегледа

9 Ради контролних прегледа

10 Патронажне посјете

11 У ординацији код доктора медицине укупно посјета

12 У ординацији код доктора медицине прве посјете

13 У ординацији код осталих медицинских радника

Посјете – кућне

14 Кућне посјете доктора медицине

15 Кућне посјете осталих медицинских радника

Ознака документа: 5-1-2 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА
О ПОСЈЕТАМА И РАДУ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ДЈЕЦЕ

Подаци о здравственој установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Мјесто

4 Доктор медицине – медицинска сестра – бабица

5 Мјесец и година

6 Дан у мјесецу (1–31)

Систематски и контролни прегледи

7 Посјете ради систематских прегледа

8 Посјете ради контролних прегледа

Посјете савјетовалишту

9 Посјете одојчади – укупно

10 Прве посјете одојчади – свега

11 Прве посјете одојчади – прве према старости
(до 2 мјесеца, 3–5, 6–11 мјесеци)

Посјете – у ординацији

12 У ординацији код доктора медицине – укупно

13 У ординацији код доктора медицине прве посјете – свега

14 У ординацији код доктора медицине прве посјете – према старости дјетета (0, 1–2, 3–5, 6, 7–9, 10–14, 15–18)

15 У ординацији код осталих здравствених радника

Посјете – кућне

16 Кућне посјете доктора медицине

17 Кућне посјете осталих медицинских радника

Посјете – остало

18 Код психолога

19 Код логопеда

Ознака документа: 5-1-3 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА
О ПОСЈЕТАМА И РАДУ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЖЕНА
(ординација)

Подаци о здравственој установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Мјесто

4 Доктор медицине – медицинска сестра – бабица

5 Мјесец и година

Посјете – у ординацији

6 Дан у мјесецу (1–31)

7 Ради систематских прегледа

8 Ради контролних прегледа

9 У ординацији код доктора медицине укупно посјета

10 У ординацији код доктора медицине прве посјете – свега

11 У ординацији код доктора медицине прве посјете – према старости жена (до 19, 20–29, 30–39, 40–49, 50 и више)

12 У ординацији код осталих медицинских радника

Посјете – кућне

13 Кућне посјете доктора медицине

14 Кућне посјете осталих медицинских радника

Ознака документа: 5-1-4 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА
О ПОСЈЕТАМА И РАДУ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЖЕНА
(савјетовалиште)

Подаци о здравственој установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Мјесто

4 Доктор медицине – медицинска сестра – бабица

5 Мјесец и година

Посјете – у савјетовалишту

6 Дан у мјесецу (1–31)

7 Труднице први пут у савјетовалишту – укупно

8 Труднице први пут у савјетовалишту према старости трудноће (до 3 мјесеца, 4–6 мјесеци, 7 и више мјесеци трудноће)

9 Патолошка стања утврђена у трудноћи укупно

10 Патолошка стања утврђена у трудноћи према старости трудноће (до 3 мјесеца, 4–6 мјесеци, 7 и више мјесеци трудноће)

11 Укупан број посјета у савјетовалишту за труднице

12 Прве посјете савјетовалишту – укупно

13 Прве посјете савјетовалишту – према старости жена
(до 19, 20–29, 30–39, 40–49, 50 и више)

14 Број поновних прегледа трудних жена

Ознака документа: 5-1-5 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА
О ПОСЈЕТАМА И РАДУ У ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Подаци о здравственој установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Мјесто

4 Доктор стоматологије

5 Мјесец и година

6 Дан у мјесецу (1–31)

Посјете

7 Посјете – укупно

8 Од тога – прве

9 Серијске посјете

Извршени радови

10 Пломбирани зуби – без лијечења

11 Пломбирани зуби – са лијечењем

12 Хируршке интервенције – извађени зуби

13 Хируршке интервенције – остале интервенције

14 Покретне протезе – тоталне

15 Покретне протезе – парцијалне

16 Фиксне протезе – крунице

17 Фиксне протезе – чланови фиксних протеза

18 Ортодонција – први прегледи

19 Ортодонтске терапеутске интервенције

20 Покретни апарати

21 Фиксни апарати

22 Лијечење меких ткива и усне шупљине

Ознака документа: 5-2-1 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА
О КРЕТАЊУ БОЛЕСНИКА У БОЛНИЦИ – СТАЦИОНАРУ

Подаци о здравственој установи

1 Здравствена установа

2 Одјељење /организациона јединица

3 Мјесто организационе јединице

4 Година и мјесеце за који се дневна евиденција води

Подаци о пацијентима

5 Број болесника затечених од претходног дана

6 Број новопримљених болесника у току дана

7 Број примљених болесника са других одјељења

8 Број исписаних болесника у току дана

9 Број болесника премјештених на друго одјељење

10 Број умрлих болесника

11 Број болесника који остају на одјељењу

Ознака документа: 5-3-1 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА
О УТВРЂЕНИМ ОБОЉЕЊИМА И СТАЊИМА

Подаци о здравственој установи

1 Здравствена установа

2 Организациона јединица

3 Адреса

4 Мјесец и година

Категорија здравственог осигурања корисника здравствене заштите

6 Категорија здравственог осигурања

Болести и стања – назив и шифра према МКБ – листа за табелирање морбидитета

7 Број утврђених обољења и стања по данима у мјесецу (1–31)

8 Укупан број утврђених обољења и стања

Здравствени радник

9 Име и презиме

Ознака документа: 5-4-1 РС

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА
ЗАКАЗАНИХ ПРЕГЛЕДА, ДИЈАГНОСТИЧКИХ ПРОЦЕДУРА И ПОСТУПАКА

Подаци о здравственој установи

1 Здравствена установа

2 Одјељење /организациона јединица

3 Датум за који се евиденција води

4 Назив прегледа, дијагностичке процедуре или поступка

Подаци о пацијентима

5 Број пацијената на листи чекања

6 Број новопријављених пацијената у току претходног дана

7 Број пацијената скинутих са листе у току дана

8 Број новопријављених пацијената од почетка мјесеца

9 Број пацијената скинутих са листе од почетка мјесеца

ПРИЛОГ 11

УПУТНИЦА СПЕЦИЈАЛИСТИ	7-1-1 РС	
УПУТНИЦА ЗА КОНЗИЛИЈУМ	7-1-2 РС	
УПУТНИЦА ЗА БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ	7-1-3 РС	
УПУТНИЦА ЗА БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ – ХИТНИ ПРИЈЕМ	7-1-4 РС	
УПУТНИЦА ЗДРАВСТВЕНОМ САРАДНИКУ	7-1-5 РС	
УПУТНИЦА ЗА ЛАБОРАТОРИЈУ	7-2-1 РС	
УПУТНИЦА ЗА МИКРОБИОЛОГИЈУ	7-2-2 РС	
УПУТНИЦА ЗА ПАТОЛОГИЈУ	7-2-3 РС	
УПУТНИЦА ЗА УЛТРАЗВУК	7-2-4 РС	
УПУТНИЦА ЗА МАМОГРАФИЈУ	7-2-5 РС	
УПУТНИЦА ЗА РТГ СНИМАЊЕ	7-2-6 РС	
УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ КТ ПРЕГЛЕД	7-2-7 РС	
УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ МР ПРЕГЛЕД	7-2-8 РС	
ИНТЕРНА БОЛНИЧКА УПУТНИЦА	7-3-1 РС	
УПУТНИЦА ЗА БОЛНИЧКИ ПРЕМЈЕШТАЈ	7-3-2 РС	
УПУТНИЦА ЗА БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ (МЕЋУБОЛНИЧКА)	7-3-3 РС	
УПУТНИЦА ЗА ФИЗИКАЛНУ ТЕРАПИЈУ	7-4-1 РС	
УПУТНИЦА ЗА ДИЈАЛИЗНУ ТЕРАПИЈУ	7-4-2 РС	
УПУТНИЦА ЗА ХЕМИОТЕРАПИЈУ	7-4-3 РС	
УПУТНИЦА ЗА РАДИОТЕРАПИЈУ	7-4-4 РС	
УПУТНИЦА ЗА МЕДИЦИНСКУ РЕХАБИЛИТАЦИЈУ	7-4-5 РС	
НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ	8-1-1 РС	
НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ КОНЗИЛИЈУМА	8-1-2 РС	
НАЛАЗ ПРЕГЛЕДА МАЛЕ КАРЛИЦЕ	8-1-3 РС	
ОРТОДОНТСКИ НАЛАЗ	8-1-4 РС	
ЛАБОРАТОРИЈСКИ НАЛАЗ	8-2-1 РС	
МИКРОБИОЛОШКИ НАЛАЗ	8-2-2 РС	
МИКРОБИОЛОШКИ НАЛАЗ СА АНТИБИОГРАМОМ	8-2-3 РС	
ПАТОХИСТОЛОШКИ НАЛАЗ	8-2-4 РС	
ЦИТОЛОШКИ НАЛАЗ СПЕРМОГРАМ	8-2-5 РС	
ЦИТОЛОШКИ НАЛАЗ	8-2-6 РС	
ПАПА НАЛАЗ	8-2-7 РС	

НАЛАЗ КОЛПОСКОПСКОГ ПРЕГЛЕДА	8-2-8 РС	
НАЛАЗ ФОЛИКУЛОМЕТРИЈЕ	8-2-9 РС	
НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ САРАДНИКА	8-3-1 РС	
УВЈЕРЕЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ	9-1-1 РС	
УВЈЕРЕЊЕ О РАДНОЈ СПОСОБНОСТИ	9-1-2 РС	
УВЈЕРЕЊЕ О ОБАВЉЕНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ПРЕГЛЕДУ ЗА УПИС У ПРЕДШКОЛСКУ УСТАНОВУ		9-2-1 РС
УВЈЕРЕЊЕ О ОБАВЉЕНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ПРЕГЛЕДУ ЗА УПИС У ОСНОВНУ ШКОЛУ	9-2-2 РС	
УВЈЕРЕЊЕ О ОБАВЉЕНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ПРЕГЛЕДУ ЗА УПИС У СРЕДЊУ ШКОЛУ	9-2-3 РС	
УВЈЕРЕЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ ЗА УПИС У ВИСОКОШКОЛСКУ УСТАНОВУ	9-2-4 РС	
ИЗВЈЕШТАЈ О КВАЛИФИКАЦИЈИ ПОВРЕДЕ ПОЛИЦИЈСКОЈ СТАНИЦИ ЗА БЕЗБЈЕДНОСТ САОБРАЋАЈА	10-1-1 РС	
ИЗВЈЕШТАЈ О ПРОМЈЕНИ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ЛИЦА КОЈЕ УПРАВЉА МОТОРНИМ ВОЗИЛОМ	10-1-2 РС	
ИЗВЈЕШТАЈ О ЕВИДЕНТИРАНОМ НАСИЉУ	10-1-3 РС	
ИЗВЈЕШТАЈ О ОБАВЉЕНОМ СИСТЕМАТСКОМ ПРЕГЛЕДУ УСТА И ЗУБА (ПРЕДШКОЛСКИ УЗРАСТ)	10-2-1 РС	
ИЗВЈЕШТАЈ О ОБАВЉЕНОМ СИСТЕМАТСКОМ ПРЕГЛЕДУ УСТА И ЗУБА (ШКОЛСКИ УЗРАСТ)	10-2-2 РС	
ИЗВЈЕШТАЈ О ФИЗИКАЛНОЈ ТЕРАПИЈИ	10-3-1 РС	
ПОТВРДА	11-1-1 РС	
ПОТВРДА О ИЗОСТАНКУ СА НАСТАВЕ	11-1-2 РС	
ПОТВРДА О ПОВРЕДИ	11-1-3 РС	
ПОТВРДА О ВАКЦИНАЛНОМ СТАТУСУ	11-1-4 РС	
НАЛОГ ЗА АМБУЛАНТУ ТЕРАПИЈУ	12-1-1 РС	
НАЛОГ ЗА КУЋНУ ПОСЈЕТУ	12-1-2 РС	
НАЛОГ ЗА ПРАТЊУ ПАЦИЈЕНТА	12-1-3 РС	
НАЛОГ ЗА ПРЕВОЗ ПАЦИЈЕНТА МОТОРНИМ ВОЗИЛОМ	12-1-4 РС	
СЛУЖБЕНА ЗАБИЉЕШКА О ОДБИЈАЊУ ПРЕДЛОЖЕНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ		13-1-1 РС

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-1-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА СПЕЦИЈАЛИСТИ

за _____ болести

[специјализација]

у _____

[назив и организациона јединица здравствене установе]

Лице _____

рођен/-а _____

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

из _____

[адреса становања]

[општина/ град]

тел. _____

[контакт број телефона]

ел. здрав.

картица _____

ЈМБ _____

Ослобођено партиципације

☐ Да☐ Не

Основ ослобађања: _____

упућује се на специјалистички преглед и мишљење у вези са дијагнозом даљег лијечења и оцјене способности.

Дијагноза: _____

Захтјев / напомена: _____

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П. _____

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил] _____

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-1-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА КОНЗИЛИЈУМ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

из _____
[адреса становања] [општина/град]

тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картица

Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

Упућује се у _____
[назив и организациона јединица здравствене установе]

упућује се на конзилијарни преглед и мишљење у вези са дијагнозом даљег лијечења и оцјене способности.

Дијагноза: _____

Захтјев / напомена: _____

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-1-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
тел. _____ ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона]

Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____
упућује се у болницу ради даљег лијечења и оцјене способности.

[назив и организациона јединица здравствене установе]

Дијагноза: _____

Напомена: _____

У _____, дана _____ Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-1-4 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ – ХИТНИ ПРИЈЕМ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

из _____
[адреса становања] [општина/ град]

тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картица

Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

упућује се у болничку установу ради ургентног пријема.

[назив и организациона јединица здравствене установе]

Дијагноза: _____

Напомена: _____

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П. _____

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-1-5 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗДРАВСТВЕНОМ САРАДНИКУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картицаОслобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____упућује се у _____
[назив или одјељење здравствене установе]здравственом _____
сараднику [професија здравственог сарадника]

ради спровођења дијагностичких, терапијских или рехабилитационих процедура.

Индикација: _____
(разлог упућивања) _____

Дијагноза: _____

Сврха упућивања: _____

Тражени третмани	Период трајања	Број третмана

Напомена: _____

У _____, дана _____ Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____ [Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-2-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА ЛАБОРАТОРИЈУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/град]тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картицаОслобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____упућује се у _____
[назив и одјељење здравствене установе]

на лабораторијске претраге у вези са утврђивањем дијагнозе даљег лијечења и оцјене способности.

Дијагноза: _____

Врсте прегледа: _____

Напомена: _____

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-2-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА МИКРОБИОЛОГИЈУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картицаОслобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____упућује се у _____
[назив и одјељење здравствене установе]

на лабораторијске претраге у вези са утврђивањем дијагнозе даљег лијечења и оцјене способности.

Дијагноза: _____

Врсте прегледа: _____

Напомена: _____

У _____, дана _____ Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____ [Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-2-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА ПАТОЛОГИЈУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картицаОслобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____упућује се у _____
[назив и одјељење здравствене установе]

Дијагноза: _____

Врста прегледа: _____

Врста узорака: _____

Датум узимања узорака: _____

Напомена: _____

У _____, дана _____ Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____ [Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-2-4 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА УЛТРАЗВУК

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картицаОслобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____упућује се у _____
[назив и одјељење здравствене установе]

на снимање ултразвучном дијагностиком и мишљење у вези са дијагнозом даљег лијечења и оцјене способности.

Дијагноза: _____

Врста прегледа: _____

Индикација: _____

Напомена: _____

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-2-5 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА МАМОГРАФИЈУ

Лице _____ рођена _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картицаОслобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____упућује се у _____
[назив и одјељење здравствене установе]

на мамографско снимање и мишљење у вези са дијагнозом даљег лијечења и оцјене способности.

Дијагноза: _____

Врста прегледа: _____

Индикација: _____

Напомена: _____

У _____, дана _____ Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____ [Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 7-2-6 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА РТГ СНИМАЊЕ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картицаОслобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____упућује се у _____
[назив и организациона јединица здравствене установе]

на РТГ снимање и мишљење у вези са дијагнозом даљег лијечења и оцјене способности.

Дијагноза: _____

Врста прегледа: _____

Индикација: _____

Напомена: _____

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 7-2-7 РС

УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ КТ ПРЕГЛЕД

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/град]ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____ Пол: Мушки ☐ Женски ☐тел. _____ имејл _____
[контакт број телефона]Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____Пацијент инсистира да се преглед обави у одређеној установи: ☐ Да ☐ Не

Изабрана установа: _____

Упутна _____ МКБ шифра болести: _____
дијагноза: _____

Тражи се: _____

Клиничко питање: _____

ДОКТОР СПЕЦИЈАЛИСТА КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ КТ ПРЕГЛЕД

Шифра:	
Име:	Презиме:
Специјалност:	Шифра специјалности:
Шифра и назив установе:	Мјесто:
Контакт телефон:	Датум приједлога:

ПРИПРЕМА ЗА КТ ПРЕГЛЕД – ПОПУНИТИ ЗА СВЕ КТ ПРЕГЛЕДЕ

Вриједност серумског креатинина: _____	На дан: _____	
Вриједност ГФР: _____		
Да ли је пацијент у другом стању?	Да ☐	Не ☐
Да ли је тјелесна тежина пацијента > 120 кг?	Да ☐	Не ☐
Да ли је фреквенца рада срца испод 70, (може и са медикаментима)?	Да ☐	Не ☐
Може ли, по мишљењу љекара, пацијент физички да уђе у отвор пречника 70 цм?	Да ☐	Не ☐
Да ли пацијент може бити комуникативан током прегледа?	Да ☐	Не ☐
Да ли пацијент болује од клаустрофобије? [потребна анестезија]	Да ☐	Не ☐
Да ли пацијент може бити миран током прегледа? [потребна анестезија]	Да ☐	Не ☐
Да ли је анестезиолошки обрађен? [уколико је потребно]	Да ☐	Не ☐

Да ли је пацијент примао јодно контрастно средство приликом ранијих радиолошких претрага? [Ако је ДА, да ли је у ранијем случајевима долазило до нежељених алергијских реакција. Ако јесте, навести којих] : _____	Да ☐	Не ☐
Преглед са контрастом или не?	Да ☐	Не ☐

НАДЛЕЖНИ ДОКТОР ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

Име:	Презиме:
Установа:	Мјесто:
Телефон:	
Датум упућивања:	
Потврђујем на сопствену одговорност да су све наведене информације о пацијенту тачне. Овим потврђујем да је пацијент упознат са процедуром прегледа и сматрам да је физички и психички способан да приступи прегледу. Пацијент је сагласан са заказаним термином и потписао је изјаву о прихватању термина у горе наведеној здравственој установи. Такође, обавезујем се да ћу ажурирати наведене податке о пацијенту уколико дође до било каквих промјена од момента заказивања до датума прегледа.	
Здравствена установа:	Факсимил и потпис доктора породичне медицине:
Мјесто: _____	Шифра доктора: _____

МЈЕСТО И ВРИЈЕМЕ ЗАКАЗАНОГ КТ ПРЕГЛЕДА

Установа у којој ће се преглед обавити:		
Мјесто прегледа:	Шифра прегледа:	Телефон установе:
Датум прегледа:	Вријеме прегледа:	Број протокола:
Напомена:		

ПРИЛОГ УПУТНИЦЕ

- Обавезно на заказани преглед донијети сву медицинску документацију, нарочито слике ранијих радиолошких прегледа и налаз креатинина.
- Уз упутницу обавезно је одштампати припадајућа упутства за тражени преглед.
- Ако је доб пацијента ≤ 7 година, врло је могуће да ће бити неопходна анестезиолошка припрема, пацијент се упућује да уради потребне љекарске прегледе.
- Уколико пацијент болује од клаустрофобије или не може бити миран током прегледа неопходна је анестезија, те се пацијент упућује да уради потребне љекарске прегледе.
- На званичној страници Фонда здравственог осигурања Републике Српске можете добити информацију о термину заказаног прегледа.

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 7-2-8 РС

УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ МР ПРЕГЛЕД

Лице _____ рођен/-а _____
 _____ [име (име родитеља) презиме] _____ [датум рођења]
 из _____
 _____ [адреса становања] _____ [општина/ град]
 ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____ Пол: Мушки ☐ Женски ☐
 тел. _____ имејл: _____
 _____ [контакт број телефона]

Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

Пацијент инсистира да се преглед обави у одређеној установи: ☐ Да ☐ Не

Изабрана установа: _____

Упутна _____ МКБ шифра болести: _____
 дијагноза: _____

Тражи се: _____

Клиничко питање: _____

ДОКТОР СПЕЦИЈАЛИСТА КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ МР ПРЕГЛЕД

Шифра:	
Име:	Презиме:
Специјалност:	Шифра специјалности:
Шифра и назив установе:	Мјесто:
Контакт телефон:	Датум приједлога:

ПРИПРЕМА ЗА МР ПРЕГЛЕД – ПОПУНИТИ ЗА СВЕ МР ПРЕГЛЕДЕ

Вриједност серумског креатинина: _____ На дан: _____		
Вриједност ГФР: _____		
Да ли је пацијент у другом стању?	Да ☐	Не ☐
Да ли је тјелесна тежина пацијента > 120 кг?	Да ☐	Не ☐
Да ли је фреквенца рада срца испод 70, (може и са медикаментима)?	Да ☐	Не ☐
Може ли, по мишљењу љекара, пацијент физички да уђе у отвор пречника 70 цм?	Да ☐	Не ☐
Да ли пацијент може бити комуникативан током прегледа?	Да ☐	Не ☐
Да ли пацијент болује од клаустрофобије? [потребна анестезија]	Да ☐	Не ☐
Да ли пацијент може бити миран током прегледа? [потребна анестезија]	Да ☐	Не ☐
Да ли је анестезиолошки обрађен? [уколико је потребно]	Да ☐	Не ☐

Да ли је пацијент примао гадолинијумско контрастно средство приликом ранијих радиолошких претрага? [Ако је ДА, да ли је у ранијем случајевима долазило до нежељених алергијских реакција. Ако јесте, навести којих]: _____	Да ☐	Не ☐
Преглед са контрастом или не ?	Да ☐	Не ☐

НАДЛЕЖНИ ДОКТОР ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

Име:	Презиме:
Установа:	Мјесто:
Телефон:	
Датум упућивања:	
Потврђујем на сопствену одговорност да су све наведене информације о пацијенту тачне. Овим потврђујем да је пацијент упознат са процедуром прегледа и сматрам да је физички и психички способан да приступи истом. Пацијент је сагласан са заказаним термином и потписао је изјаву о прихватању термина у горе наведеној здравственој установи. Такође, обавезујем се да ћу ажурирати наведене податке о пацијенту уколико дође до било каквих промјена од момента заказивања до датума прегледа.	
Здравствена установа:	Факсимил и потпис доктора породичне медицине:
Мјесто: _____	Шифра доктора: _____

МЈЕСТО И ВРИЈЕМЕ ЗАКАЗАНОГ МР ПРЕГЛЕДА

Установа у којој ће се преглед обавити:		
Мјесто прегледа:	Шифра прегледа:	Телефон установе:
Датум прегледа:	Вријеме прегледа:	Број протокола:
Напомена:		

ПРИЛОГ УПУТНИЦЕ

- Обавезно на заказани преглед донијети сву медицинску документацију, нарочито слике ранијих радиолошких прегледа и налаз креатинина.
- Уз упутницу обавезно је одштампати припадајућа упутства за тражени преглед.
- Ако је доб пацијента ≤ 7 година, врло је могуће да ће бити неопходна анестезиолошка припрема, пацијент се упућује да уради потребне љекарске прегледе.
- Уколико пацијент болује од клаустрофобије или не може бити миран током прегледа неопходна је анестезија, те се пацијент упућује да уради потребне љекарске прегледе.
- На званичној страници Фонда здравственог осигурања Републике Српске можете добити информацију о термину заказаног прегледа.

[Бар-код]

[ИД
документа]

Обр. бр. 7-3-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ИНТЕРНА БОЛНИЧКА УПУТНИЦА

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картица _____
Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

ПОДАЦИ О ОСНОВНОЈ УПУТНИЦИ

Шифра доктора који је издао основу
упутницу: _____
Број протокола гдје је запримљена упутница: _____
Одјељење / клиника гдје је примљен: _____
Упутна _____
дијагноза: _____ МКБ шифре _____

УПУЋУЈЕ СЕ НА

1. Консултативни преглед: _____
[доктор медицине, специјалност, одјељење / клиника]
2. Дијагностику ☐ УЗВ ☐ Патологија
☐ РТГ ☐ Хумана генетика
☐ Лабораторија ☐ Микробиологија
Тражи се: _____
_____ [поступци, услуге]
3. Болничко лијечење: _____
МКБ шифре
☐ Клиника ☐ Служба ☐ Одјељење ☐ Дневна болница
Организациона јединица _____
Датум упућивања: _____ Упутница важи
до: _____

Руководилац организационе јединице
Шифра доктора: _____

Одјељењски доктор
Шифра доктора: _____

М. П.

[Доктор медицине, факсимил]

[Доктор медицине, факсимил]

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 7-3-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА БОЛНИЧКИ ПРЕМЈЕШТАЈ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
Ел. здр. картица _____ ЈМБ _____ пол ☐ М ☐ Ж
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____
премјешта се _____
из _____ [назив и организациона јединица здравствене установе]
премјешта се у _____
[назив и организациона јединица здравствене установе]
Датум премјештаја _____ Вријеме премјештаја _____

Опште стање пацијента					
Покретљивост					
Свијест					
Температура					
Отворен венски пут (уколико има, навести локацију и стање)					
Назогастрична сонда: ☐ ДА ☐ НЕ		Уринарни катетер: ☐ ДА ☐ НЕ			
Декубитус	Локација				
	Стадијум	I	II	III	IV
Хигијена пацијента	☐ Не задовољава		☐ Задовољава		☐ Одлична
Напомена					

У _____, дана _____

Лице које предаје пацијента

Лице које преузима пацијента

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 7-3-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

БОЛНИЧКА УПУТНИЦА ЗА БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
тел. _____ ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона]
Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

НА ПРИЈЕДЛОГ

Име и презиме доктора медицине _____
Специјалност _____
Број телефона _____
Здравствена установа _____

Упутна дијагноза: _____

УПУЋУЈЕ СЕ НА БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ

Здравствену установу _____
Организациону јединицу _____
Подорганизациону јединицу _____

Напомена: _____

Датум упућивања _____
Вријеме упућивања _____

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

[Бар-код]

[ИД
документа]

Обр. бр. 7-4-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА ФИЗИКАЛНУ ТЕРАПИЈУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картицаОслобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____упућује се у _____
[назив и организациона јединица здравствене установе]На терапијску _____
процедуру [назив процедуре]Основна _____ Секундарне _____
дијагноза: дијагнозе:Разлог _____
упућивања:Локација извођења терапије: ☐ Болница ☐ Амбулантно ☐ Кући

Назив методе / апарата	Подручје третмана	Број третмана	Трајање	Индикација

Контрола / надзор: _____

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 7-4-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА ДИЈАЛИЗНУ ТЕРАПИЈУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картица _____

Ослобођено учешћа ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

упућује се у _____
[назив и организациона јединица здравствене установе]
_____ [дијализни центар]

На терапијску _____
процедуру _____ [назив процедуре]

Основна _____ Секундарне _____
дијагноза: _____ дијагнозе: _____
Разлог _____
упућивања: _____

Тип дијализе: ☐ Хемодијализа ☐ Хемодијализација ☐ Перитонеална
Трајање терапије: _____ Број третмана седмично: _____

Контрола / надзор: _____

У _____, дана _____ Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____ [Доктор медицине, факсимил]

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 7-4-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА ХЕМИОТЕРАПИЈУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

из _____
[адреса становања] [општина/ град]
тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картица

Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

упућује се у _____
[назив и организациона јединица здравствене установе]

На терапијску _____
процедуру [назив процедуре]

Основна _____ Секундарне _____
дијагноза: дијагнозе:

Разлог _____
упућивања:

Назив протокола / шеме	Број циклуса	Датум почетка	Дозирање / фреквенција

Контрола / надзор: _____

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 7-4-4 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА РАДИОТЕРАПИЈУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картицаОслобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____упућује се у _____
[назив и организациона јединица здравствене установе]
[радиотерапијски центар]На терапијску _____
процедуру [назив процедуре]Основна _____ Секундарне _____
дијагноза: дијагнозе:Разлог _____
упућивања:

Врста зрачења	Број сеанси	Протокол / техника

Контрола / надзор: _____

У _____, дана _____ Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____ [Доктор медицине, факсимил]

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 7-4-5 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УПУТНИЦА ЗА МЕДИЦИНСКУ РЕХАБЛИЛИТАЦИЈУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

из _____
[адреса становања] [општина/ град]

_____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картица

Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____
упућује се на стационарну медицинску рехабилитацију у:

[назив и организациона јединица здравствене установе]

Дијагноза: _____

Разлог упућивања: _____

На приједлог: _____ од _____
[доктор медицине специјалиста] [датум препоруке]

_____ [здравствена установа] _____ [број препоруке]

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Упутница важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 8-1-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/град]
ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

Дијагноза:

Субјективни исказ пацијента:

Клинички симптоми:

Општи параметри:

Услуга:

Терапија:

Напомена:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 8-1-2 РС

[назив здравствене установе]

[број и датум протокола]

[организациона јединица]

[Конзилијум]

НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ КОНЗИЛИЈУМА

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____ тел. _____
Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

Дијагноза:

Остале дијагнозе:

Морфолошки налаз:

Коморбидитети и клинички статус:

Налази дијагностичко-терапијских процедура:

Одлука конзилијума:

Датум доношења одлуке:

Напомена:

Конзилијум:

[Доктор медицине, факсимил]

[Шифра доктора]

[Доктор медицине, факсимил]

[Шифра доктора]

[Доктор медицине, факсимил]

[Шифра доктора]

У _____, дана _____

М. П.

Штампано: _____

[Бар-код]

[ИД документа]

Обр. бр. 8-1-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

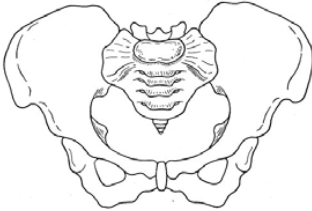
[организациона јединица]

[датум]

НАЛАЗ ПРЕГЛЕДА МАЛЕ КАРЛИЦЕ

Лице _____ рођен/-а _____
 [име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
 из _____
 [адреса становања] [општина/град]
 ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____

ИНДИКАЦИЈА: _____

UTERUS OVARIJUMI Положај: _____ Дужина: _____ цм Антероспостериорни промјер _____ цм Трансверзални промјер _____ цм Ендометријум _____ МИОМ(i) (положај, димензије, поља некрозе) _____ ОСТАЛО (adenomioza, piometra, Ca) _____	OVARIJUMI Лијеви: _____ x _____ x _____ fol. _____ x _____ x _____ Десни: _____ x _____ x _____ fol. _____ x _____ x _____ 
TU PELVISA (димензије, положај) Солидан: _____ цм _____ Циста (солитарна): _____ цм _____ Мултицистичан: _____ цм _____ Мјешовите грађе: _____ цм _____ U cavum Douglasi _____ Тумор највјероватније припада: _____	

НАПОМЕНА:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

[име и презиме]

[име и презиме]

[име и презиме]

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

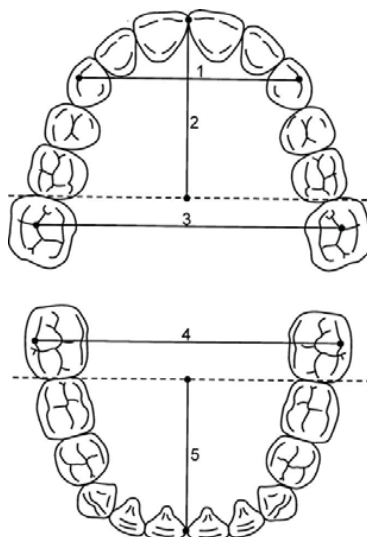
ОРТОДОНТСКИ НАЛАЗ

Лице _____ рођен/-а _____
 [име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

из _____
 [адреса становања] [општина/град]

тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
 [контакт број телефона] картица

Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____



Анамнеза:

Клинички преглед:

Дијагностички материјал:

Налаз и мишљење:

План терапије:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор стоматологије, факсимил]

[Бар-код]

[ИД
документа]

Обр. бр. 8-2-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ЛАБОРАТОРИЈСКИ НАЛАЗ

Пол: ☐ М ☐ Ж рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

Ж

[датум рођења]

тел. [контакт број телефона] имејл:

ЈМБ

Дијагноза:

Претрага	Резултат	Референтна вриједност	Јединица мјере

У _____, дана _____

Валидирао: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 8-2-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

МИКРОБИОЛОШКИ НАЛАЗ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картица _____

Установа која је тражила
налаз: _____

Датум пријема узорка: _____ Датум реализације: _____

Врста анализе: _____

НАЛАЗ МИКРОБИОЛОШКЕ АНАЛИЗЕ

Услуга:

Узорак:

Резултат:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар код

ИД документа

Обр. бр. 8-2-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

МИКРОБИОЛОШКИ НАЛАЗ СА АНТИБИОГРАМОМ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картица _____

Установа која је тражила
налаз: _____

Датум пријема узорка: _____ Датум реализације: _____

Врста анализе: _____

НАЛАЗ:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар код

ИД документа

Обр. бр. 8-2-4 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ПАТОХИСТОЛОШКИ НАЛАЗ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картица _____

Упутна дијагноза: _____
Породични љекар: _____
Датум пријема узорка: _____ Датум реализације: _____

Макроскопски налаз:

Микроскопски налаз:

Патохистолошки параметри

Патохистолошка дијагноза

Напомена

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 8-2-5 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ЦИТОЛОШКИ НАЛАЗ СПЕРМОГРАМ

Лице _____ рођено _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] картица _____

Упутна дијагноза: _____
Доктор медицине: _____
Датум пријема узорка: _____ Датум реализације: _____

Спермограм налаз:

У _____, дана _____ Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____ [Доктор медицине, факсимил]

Бар- код

ИД документа

Обр. бр. 8-2-6 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ЦИТОЛОШКИ НАЛАЗ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
тел. _____ ЈМБ _____
[контакт број телефона] ел. здрав. картица _____

Упутна дијагноза: _____
Породични љекар: _____
Датум пријема _____ Датум реализације: _____
узорка: _____

Цитолошки налаз:

Цитолошка дијагноза:

Напомена:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Лице		рођена	
	[име (име родитеља) презиме]		[датум рођења]
из			
	[адреса становања]		[општина/ град]
тел.		ел. здрав.	
	[контакт број телефона]	картица	ЈМБ
Датум пријема узорка:		Датум реализације:	

Примјереност узорка ☐ Задовољава за интерпретацију ☐ Не задовољава за интерпретацију ☐ Није анализиран ☐ Анализиран, али није могућа промјена абнормалности епитела ☐ Тумачење за примјереност узорка ☐ Нетачна ознака ☐ Разбијено стакло ☐ Слабо фиксиран или слабо очуван ☐ Оскудан ☐ Нема ендоцервикалних цилиндричних ћелија ☐ Прекривен леукоцитима ☐ Прекривен крвљу ☐ Развучен у више нивоа ☐ Присутан страни материјал ☐ Друго: _____ ОПШТА ПОДЈЕЛА ☐ Негативно на интраепителну или инвазивну лезију ☐ Абнормалне ћелије (види описну дијагнозу) ОПИСНА ДИЈАГНОЗА ☐ Bacillus vaginalis ☐ Мијешана флора ☐ Fungi	Абнормалне ћелије ☐ Сквамозне ћелије ☐ Атипичне сквамозне ћелије (ASC) ☐ Неодређеног значења (ASC-US) ☐ Не може се искључити HSIL (ASC-H) ☐ Не може се искључити инвазија ☐ Сквамозна интраепителна лезија (SIL) ☐ Dysplasia levis – CIN I (L-SIL) ☐ Dysplasia media – CIN II (H-SIL) ☐ Dysplasia gravis – CIN III (H-SIL) ☐ Carcinoma in situ ☐ Плус: промјене повезане са ХПВ ☐ Почетна инвазија се не може искључити ☐ Carcinoma planocellulare ☐ Гландуларне ћелије ☐ Атипичне glandуларне ћелије (AGC) ☐ Вјероватно реактивне промјене ☐ Вјероватно интраепителна лезија ☐ Вјероватно инвазивна лезија Поријекло AGC: ☐ Ендоцервикалне ☐ Ендометријалне ☐ Екстраутерине ☐ Неодређене ☐ Adenocarcinoma in situ (AIS) ☐ Adenocarcinoma
---	---

☐ Trichomonas ☐ Actinomyces ☐ Gardenerella vaginalis ☐ Chlamydia trachomatis ☐ Промјене повезане са ХСВ ☐ Промјене повезане са ХПВ ☐ Друго: _____ ДРУГИ НЕ-НЕОПЛАСТИЧНИ НАЛАЗИ ☐ Реактивне промјене на ћелијама повезане са: ☐ Упалом ☐ IUD ☐ Зрачењем ☐ Друго: _____ ☐ Репараторни епител ☐ Резервне ћелије Површинска реакција: ☐ Паракератоза ☐ Дискератоза ☐ Хиперкератоза ☐ Цилиндричне ћелије након хистеректомије ☐ Ендометријалне ћелије ☐ Изван менструације ☐ У постменопаузи ☐ Цитохормонални статус не одговара доби и/или ☐ Друго: _____	☐ Атипичне ћелије неодређеног значаја: ☐ Друге малигне неоплазме: УПУТЕ ☐ Поновити претрагу ☐ Поновити након лијечења ☐ Поновити за 4 мјесеца ☐ Поновити за 6 мјесеца ☐ Редовна контрола ☐ Колпоскопија ☐ Хистологија ☐ Даља обрада ☐ Друго НАПОМЕНА
--	--

Ординаријус

Шифра доктора: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Цитолог

Шифра доктора: _____

М. П.

[Доктор медицине, факсимил]

У _____, дана _____

Штампано: _____

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 8-2-8 РС

[назив здравствене установе]

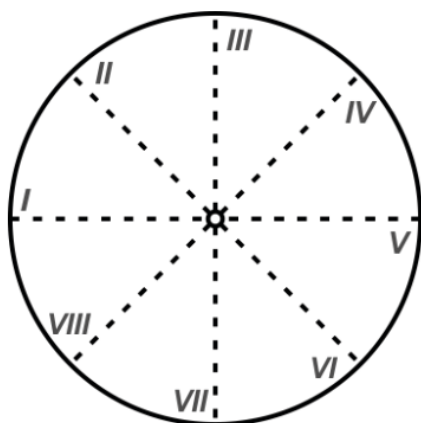
[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

НАЛАЗ КОЛПОСКОПСКОГ ПРЕГЛЕДА

Лице _____ рођена _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/град]
ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____



ОПИС

ВАГИНАЛНИ СЕКРЕТ

ПАПА

НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 8-2-9 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

НАЛАЗ ФОЛИКУЛОМЕТРИЈЕ

ДАТУМ							
Дан циклуса							
ADNEXA – лијева							
ADNEXA – десна							
OVARIUM – лијеви							
FOLIKUL							
CISTA							
OVARIUM – десни							
FOLIKUL							
CISTA							
ENDOMETRIJUM							
ТЕРАПИЈА							

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 8-3-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ САРАДНИКА

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____ Пол ☐ М ☐ Ж
Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____
упућено од: _____ дана _____

Анамнеза:

Опсервација:

Налаз:

Мишљење:

Препоруке за даљи рад/третман:

Напомена:

У _____, дана _____

Шифра здравственог сарадника: _____

М. П.

Штампано: _____

[име и презиме, звање/професија]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 9-1-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УВЈЕРЕЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ

За _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]

АНАМНЕЗА

Пребољеле болести и када: _____
Пребољеле заразне болести и када: _____
Повреде и/ли болести на послу или
у вези са послом: _____
Да ли се осјећа способним за рад? _____

Тачност наведених медицинских података потврђује прегледано лице:

[Потпис даваоца података]

НАЛАЗИ

Конституција: Висина: Тежина:

Кожа (боја, промјена):

Глава и врат:

Очи (вид на близину):

Очи (вид на даљину):

Распознавање боја:

Уши:

Зуби:

Остали налази (ждријела, тонзиле, носа, штитњаче):

Грудни кош:

Плућа:

Ро плућа:

Органи крвотока (срце, крвни судови):

Крвни притисак:

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 8-1-4 РС

Абдоминални органи:

Екстремитети (ход, равна стопала, варицес, функција зглобова):

Деформације кичме и грудног коша:

Нервни систем и психичко стање:

Функционални тестови и испитивања:

ЛАБОРАТОРИЈСКИ НАЛАЗ

Мокраћа	Протеини			Sach.		Уробилиноген			Седимент	
I										
II										
Крв	Se	Hgb	Eritrociti	Leukociti	HS	SEG.	FO	LY*	Mo	

* Диференцијална крвна слика је потребна, ако однос између броја еритроцита и леукоцита није нормалан.

Други лабораторијски налази:

ДИЈАГНОЗА

МИШЉЕЊЕ О ОПШТОЈ РАДНОЈ СПОСОБНОСТИ

НАПОМЕНА

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 9-1-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УВЈЕРЕЊЕ О РАДНОЈ СПОСОБНОСТИ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]

Након обављених прегледа и испитивања утврђено је објективним налазима да је прегледано лице:

ОПШТА РАДНА СПОСОБНОСТ

РАДНА СПОСОБНОСТ ЗА ОДРЕЂЕНИ ПОСАО

☐ Способно за _____
☐ Није способно за _____
[назив радног мјеста/ посла]

НАПОМЕНА

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 9-2-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

**УВЈЕРЕЊЕ О ОБАВЉЕНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ПРЕГЛЕДУ
ЗА УПИС У ПРЕДШКОЛСКУ УСТАНОВУ**

Дијете _____ рођен/-а _____
[име – име родитеља – презиме] [датум рођења]
ЈМБ _____ из _____
[адреса становања] [општина/ град]

1. АНАМНЕСТИЧКИ ПОДАЦИ

Алергије _____
Хроничне болести _____
Пребољеле
инфективне болести _____

2. ЛАБОРАТОРИЈСКИ НАЛАЗИ

Брис носа и грла _____
Столица на паразите _____

3. ПСИХОФИЗИЧКИ СТАТУС ДЈЕТЕТА

Физички развој _____
Психички развој _____

4. ВАКЦИНАЛНИ СТАТУС (КАЛЕНДАР ОБАВЕЗНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ)

Комплетно вакцинисан/-а ☐ Да ☐ Не
Некомплетно вакцинисан/-а ☐ Да ☐ Не
Ако је одговор Да, навести разлог за невакцинисање дјетета обавезним вакцинама
Привремена
контраиндикација _____

[образложење доктора медицине]

Трајна
контраиндикација _____
[број и датум мишљења Комисије за праћење нежељених догађаја имунизације и хемиопрофилактике]

Родитељ одбија
вакцинацију _____
[образложење доктора медицине]

ЗАКЉУЧАК О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ ДЈЕТЕТА ЗА УПИС У ПРЕДШКОЛСКУ УСТАНОВУ

Испуњени прописани услови за боравак у колективу (1 до 4) ☐ Да ☐ Не

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 9-2-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УВЈЕРЕЊЕ О ОБАВЉЕНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ПРЕГЛЕДУ ЗА УПИС
У ОСНОВНУ ШКОЛУ

Дијете _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
ЈМБ _____ из _____
[адреса становања] [општина/ град]

Лабораторијски налаз

бриса носа и грла: _____

Лабораторијски налаз

столице на паразите: _____

Физички развој

дјетета: _____

Психички развој

дјетета: _____

ВАКЦИНАЛНИ СТАТУС

У складу са календаром имунизације

☐ Да ☐ Не

Пропуштена имунизација

☐ Да ☐ Не

Ако да, разлози за невакцинисање дјетета против одређене заразне болести:

Алергије: _____

Хроничне болести: _____

Пребољеле

инфективне болести: _____

ЗАКЉУЧАК О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ ДЈЕТЕТА

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 9-2-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УВЈЕРЕЊЕ О ОБАВЉЕНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ПРЕГЛЕДУ ЗА УПИС
У СРЕДЊУ ШКОЛУ

Дијете _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
ЈМБ _____ из _____
[адреса становања] [општина/ град]

Физички развој _____

дјетета: _____

Психички развој _____

дјетета: _____

Алергије: _____

Хроничне болести: _____

Пребољеле _____

инфективне болести: _____

ЗАКЉУЧАК О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 9-2-4 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

УВЈЕРЕЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ
ЗА УПИС У ВИСОКОШКОЛСКУ УСТАНОВУ

За _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]

Конституција:

Висина и тежина:

Кожа:

Глава и врат:

Очи – вид:

Уши – слух:

Зуби:

Ждријело – крајници:

Грудни кош:

Плућа:

Срце:

Стомак:

Екстремитети:

Деформације кичме и грудног коша:

Нервни систем – психичко стање:

Говор:

Мишљење:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 10-1-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ИЗВЈЕШТАЈ О КВАЛИФИКАЦИЈИ ПОВРЕДЕ
ПОЛИЦИЈСКОЈ СТАНИЦИ ЗА БЕЗБЈЕДНОСТ САОБРАЋАЈА

ПС за безбједност саобраћаја: _____

Повријеђени/-а _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]

Повријеђени/-а је примљен у ову установу дана _____ године у _____ часова.

Повријеђени/-а је допраћен од _____
странице: [име (име родитеља) презиме]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]

Дијагноза на латинском и српском језику:

Напомена:

Квалификација повреде:

- ☐ Лака тјелесна повреда
☐ Тешка тјелесна повреда

У _____, дана _____

Доктор који је извршио преглед

Начелник организационе јединице

М. П.

[Доктор медицине, факсимил]

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 10-1-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ИЗВЈЕШТАЈ О ПРОМЈЕНИ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ЛИЦА
КОЈЕ УПРАВЉА МОТОРНИМ ВОЗИЛОМ

ПС за безбједност саобраћаја: _____

Здравственим прегледом пацијента

рођеног/-е

ЈМБ

[име (име родитеља) презиме]

из

[адреса становања]

[општина/ град]

утврђена је следећа промјена здравственог стања:

Дијагноза:

Напомена:

Те Вам, у складу са чланом 196. Закона о безбједности саобраћаја на путевима БиХ, достављамо предметни извјештај.

Доктор који је извршио преглед

Начелник организационе јединице

М. П.

[Доктор медицине, факсимил]

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 10-1-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ИЗВЈЕШТАЈ О ЕВИДЕНТИРАНОМ НАСИЉУ

Над _____ пол ☐ М рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] ☐ Ж [датум рођења]

из _____
[адреса становања] [општина/ град]

лична карта _____ ЈМБ _____ други документ _____

ОСТАЛИ ПОДАЦИ О ЖРТВИ НАСИЉА

ПОДАЦИ О ПОЧИНИОЦУ

ПОДАЦИ О НАСИЉУ

НАПОМЕНА

У _____, дана _____

ЕВИДЕНТИРАО

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 10-2-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ИЗВЈЕШТАЈ О ОБАВЉЕНОМ СИСТЕМАТСКОМ ПРЕГЛЕДУ УСТА И ЗУБА ЗА ПРЕДШКОЛСКИ УЗРАСТ

Дијете _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/град]

Систематски преглед обављен:

Локација: _____

[назив предшколске установе]

Систематским прегледом уста и зуба је утврђено:

- ☐ да су млијечни зуби здрави
☐ да постоји каријес млијечних зуба
☐ да је хигијена усне дупље добра
☐ да је хигијена усне дупље лоша

Потребна санација млијечних зуба: ☐ да ☐ не

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор стоматологије, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 10-2-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ИЗВЈЕШТАЈ О ОБАВЉЕНОМ СИСТЕМАТСКОМ ПРЕГЛЕДУ УСТА И ЗУБА
ЗА ШКОЛСКИ УЗРАСТ

Ученик _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
Школа _____ одјељење _____
[назив образовне установе] [одјељење]

На систематском прегледу уста и зуба установљено је сљедеће стање:

Хигијена: ☐ Добра ☐ Лоша

Поремећај у развоју вилица: ☐ Има ☐ Нема

Треба поправити _____ млијечних зуба.

Треба поправити _____ сталних зуба.

Напомена:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор стоматологије, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 10-3-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ИЗВЈЕШТАЈ О ФИЗИКАЛНОЈ ТЕРАПИЈИ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____
Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____
Терапију прописао _____ дана _____
[надлежни доктор медицине] [датум упутнице]

Р. бр.	Прописана терапија, доза, мјесто апликације (дио тијела који се третира), доза и вријеме	Датум реализације	Здравствени радник који је пружио услугу	Статус

НАПОМЕНА

У _____, дана _____

Руководилац

Евидентирао/-ла

[име и презиме, потпис]

[здравствени радник]

Штампано:

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 11-1-1 РС

[назив здравствене установе]

[број здравственог картона - протокола]

[организациона јединица]

[тим породичне медицине]

ПОТВРДА

Лицу _____ рођен/-а _____

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

ЈМБ _____ из _____

[адреса становања]

[општина/ град]

издаје се потврда у сврху:

Напомена:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 11-1-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ПОТВРДА О ИЗОСТАНКУ СА НАСТАВЕ

да је _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]

изостао/-ла од похађања наставе у периоду од _____ до _____

Ова потврда се издаје ради правдања изостанака са наставе услед болести.

Ученика/-цу треба ослободити наставе физичког васпитања у наредних _____ дана.

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано:

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 11-1-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ПОТВРДА О ПОВРЕДИ

Оштећени/-а

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

у

ЈМБ

Пол

[мјесто рођења]

из

[адреса становања]

[општина/ град]

Локација повреде:

Опис повреде:

Степен повреде:

Када и гдје се чин догодио:

На који начин:

Којим/каквим оруђем:

Својом или туђом

кривицом:

Име и презиме

починитеља:

Мјесто становања

починитеља:

Може ли се повријеђени

саслушати:

Гдје се повријеђени даље

упућен?

У _____, дана _____

Руководилац организационе јединице

Шифра доктора: _____

Ординирајући доктор медицине

Шифра доктора: _____

М. П.

[Доктор медицине, факсимил]

[Доктор медицине, факсимил]

Штампано:

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 11-1-4 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

ПОТВРДА О ВАКЦИНАЛНОМ СТАТУСУ

Лицу _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]ЈМБ _____
[адреса становања] [општина/ град]

даје се потврда о вакциналном статусу.

Примљене вакцине

Вакцина	Доза	Датум давања

Пропуштена имунизација:

Вакцина	Доза	Датум по календару имунизације

Разлог пропуштања:

Напомена:

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Штампано: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 12-1-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

НАЛОГ ЗА АМБУЛАНТУ ТЕРАПИЈУ

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]из _____
[адреса становања] [општина/ град]

ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____

Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

Дијагноза: _____

Начин давања:

Назив лијека:	Доза		Услуге	Пацијент плаћа
	Прописана	Примљена		
Укупно КМ:				

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Налог важи до: _____

[Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 12-1-2 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

НАЛОГ ЗА КУЋНУ ПОСЈЕТУ

Лице _____ рођен/-а _____
 _____ [име (име родитеља) презиме] _____ [датум рођења]

из _____
 _____ [адреса становања] _____ [општина/град]
 тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
 _____ [контакт број телефона] _____ картица _____

Ослобођено партиципације ☐ Да ☐ Не Основ ослобађања: _____

Дијагноза: _____

Индикација: _____

☐ Патронажна служба	☐ Кућна њега	☐ Кућна физикална терапија	☐ Кућно лијечење кисеоником	☐ Парентерална терапија у кући	☐ Палијативна њега у кући
Услуга здравствене њега			Период трајања	Број посјета	Пацијент плаћа износ
Укупно КМ:					

Назив лијека	Режим примјене	Доза		Пацијент плаћа износ
		Прописана	Примљена	
Укупно КМ:				

У _____, дана _____

Шифра доктора: _____

М. П.

Налог важи до: _____

 [Доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 12-1-3 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

НАЛОГ ЗА ПРАТЊУ ПАЦИЈЕНТА

за

[медицинска сестра / техничар]

Пацијент

рођен/-а

[име (име родитеља) презиме]

[датум рођења]

из

[адреса становања]

[општина/ град]

Датум и вријеме поласка:

Датум и вријеме повратка:

Терапијски поступак у току пратње:

у _____, дана _____

Примио/-ла налог

Дао/дала налог

Шифра доктора:

М. П.

[медицинска сестра / техничар]

[доктор медицине, факсимил]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 12-1-4 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

НАЛОГ ЗА ПРЕВОЗ ПАЦИЈЕНТА МОТОРНИМ ВОЗИЛОМ

Лице _____ рођен/-а _____
 _____ [име (име родитеља) презиме] _____ [датум рођења]
 из _____
 _____ [адреса становања] _____ [општина/ град]
 тел. _____ ел. здрав. _____ ЈМБ _____
 _____ [контакт број телефона] _____ картица _____
 упућује се из: _____ до _____
 _____ [полазна адреса] _____ [одредиште адреса, град]

Ради: _____

Дијагноза: _____

Образложење надлежног доктора медицине зашто је потребан превоз моторним возилом:

Број налога:

У _____, дана _____

Налог одобрио

Шифра доктора: _____

М. П.

[име и презиме]

[Доктор медицине, факсимил]

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

Потврђујем да је лице примљено у здравствену установу дана _____ године у часова _____
 и да ☐ јесте / ☐ није постојала потреба превоза болесника моторним возилом ради

Надлежни / ординирајући

Шифра доктора: _____

М. П.

[Доктор медицине, факсимил]

Превоз је трајао од _____ до _____ Укупно часова _____
 Почетна километража _____ км. Крајња километража _____ км. Укупно _____

У _____ дана _____ године.

М. П.

[Потпис власника моторног возила]

Бар-код

ИД документа

Обр. бр. 13-1-1 РС

[назив здравствене установе]

[број протокола]

[организациона јединица]

[датум]

**СЛУЖБЕНА ЗАБИЉЕШКА
О ОДБИЈАЊУ ПРЕДЛОЖЕНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ**

Лице _____ рођен/-а _____
[име (име родитеља) презиме] [датум рођења]
из _____
[адреса становања] [општина/ град]
ел. здрав. картица _____ ЈМБ _____

Предложена здравствена услуга / медицински третман:

Здравствено стање пацијента:

Информације које су дате пацијенту:

Пацијенту је указано на посљедице његове одлуке о одбијању предложене здравствене услуге: ☐ Да ☐ Не

Разлози које је пацијент изнио приликом одбијања третмана:

Напомена:

Службена забиљешка је сачињена у складу са чланом 43. став 5. Закона о здравственој заштити Републике Српске и улаже се у медицинску документацију.

У _____, дана _____

Одговорни доктор медицине или стоматологије
Шифра доктора: _____

М. П.

[Доктор медицине/стоматологије, факсимил]

Други здравствени радник

Трећи здравствени радник

[здравствени радник]

[здравствени радник]

Штампано:

