

8.	Васпитни рад у одјељењској заједници	1	36
	УКУПНО	26	936

* Предметна подручја Земљорадња и Мануфактура изучавају се у укупном фонду од 10 часова седмично, односно 360 часова годишње.

1853

На основу члана 60. став 4. Закона о лијечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнуте оплодње ("Службени гласник Републике Српске", бр. 68/20 и 85/20) и члана 76. став 2. Закона о републичкој управи ("Службени гласник Републике Српске", бр. 115/18, 111/01, 15/22, 56/22 и 132/22), министар здравља и социјалне заштите, 27. јула 2023. године, д о н о с и

П РА В И Л Н И К

О САДРЖАЈУ И ПОСТУПКУ ВОЂЕЊА РЕПУБЛИЧКОГ РЕГИСТРА У ОБЛАСТИ ЛИЈЕЧЕЊА НЕПЛОДНОСТИ ПОСТУПЦИМА БИОМЕДИЦИНСКИ ПОТПМОГНУТЕ ОПЛОДЊЕ

Члан 1.

Овим правилником прописује се садржај и поступак вођења Републичког регистра у области лијечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнуте оплодње.

Члан 2.

(1) Републички регистар у области лијечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнуте оплодње (у даљем тексту: Републички регистар) садржи јединствени идентификациони број и податке о:

1) Центру за лијечење неплодности поступцима биомедицински потпомогнуте оплодње (у даљем тексту: Центар за БМПО), односно Банци репродуктивних ткива и/или ћелија и ембриона (у даљем тексту: Банка):

1. назив,

2. сједиште;

2) даваоцу репродуктивних ткива и/или ћелија и ембриона, и то:

1. даваоцу јајних ћелија и/или репродуктивног ткива, - лични подаци, и то:

- име и презиме, име једног родитеља, дјевојачко презиме,

- датум рођења (дан, мјесец, година),

- јединствени матични број,

- мјесто рођења,

- држава рођења,

- држављанство,

- број личне карте,

- број пасоша,

- брачно стање (у брачној заједници, у ванбрачној заједници, разведена, удовица, самица),

- адреса даваоца на дан попуњавања обрасца (улица, мјесто, поштански број, држава),

- дјеца (да/не, ако да, колико од укупног броја има мушке, односно женске дјеце и датум рођења дјеце),

- висина у метрима и тежина у килограмима,

- боја очију (плава, зелена, смеђа, црна, друге боје [навести]),

- боја косе (природна [свијетлоплава, тамноплава, свијетлосмеђа, тамносмеђа, црна, наранџаста], друге боје [навести], фарбана),

- структура косе (равна, коврџава, валовита),

- боја коже (врло свијетла, средње свијетла, тамна, црна, друге боје [навести]),

- крвна група (А, Б, АВ, 0),

- Rh-фактор (Rh +, Rh -),

- раса (бијела, црна, жута, друго [навести]),

- давалац је дао јајне ћелије и/или репродуктивна ткива у другој здравственој установи (да/не),

- давалац је усвојен (да/не),

- давалац је зачет дарованим репродуктивним ћелијама (да/не),

- лична анамнеза:

- физичке повреде,

- онеспособљености,

- сметње у менталном здрављу (ментални проблем, ментални поремећај, поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем, потешкоће у учењу),

- породична анамнеза:

- физичке повреде,

- онеспособљености,

- сметње у менталном здрављу у биолошкој породици даваоца (ментални поремећај, поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем, потешкоће у учењу),

- резултати урађених прегледа и тестова, и то:

- HIV инфекција,

- симптоматски или асимптоматски облик Б и Ц хепатитиса,

- хумани Т-лимфотропни вирус Тип I, II, III (у даљем тексту: HTLV),

- цитомегаловирус (у даљем тексту: CMV вирус),

- сифилис,

- гонореја,

- инфекције хламидије, микоплазме или уреоплазме,

- хемофилија и други поремећаји коагулације,

- скрининг на цистичну фиброзу,

- а у односу на историју болести, анамнезу и на генетску процјену и одређене тропске болести,

- датум давања изјаве о писменом пристанку даваоца на донирање,

- датум прикупљања јајних ћелија и/или репродуктивног ткива,

- датум повлачења изјаве о писменом пристанку даваоца на донирање,

- датум давања изјаве о даљем поступању са јајним ћелијама и/или репродуктивним ткивом после повлачења пристанка,

- датум посљедње провјере да ли је давалац јајних ћелија и/или репродуктивног ткива жив,

2. даваоцу сперматозоида и/или репродуктивног ткива,

- лични подаци, и то:

- име и презиме, име једног родитеља,

- датум рођења,

- јединствени матични број,

- мјесто и држава рођења,

- држављанство,

- број личне карте, односно број пасоша,

- брачно стање (у брачној заједници, у ванбрачној заједници, разведен, удовац, самац),
- адреса даваоца на дан попуњавања обрасца (улица, мјесто, поштански број и држава),
- дјеца (да/не, ако је одговор да, колико од укупног броја има мушке, односно женске дјеце),
- висина у метрима и тежина у килограмима,
- боја очију (плава, зелена, смеђа, црна, друге боје [навести]),
- боја косе (природна [свијетлоплава, тамноплава, свијетлосмеђа, тамносмеђа, црна, наранџаста], друге боје [навести], фарбана),
- структура косе (равна, коврџава, валовита),
- боја коже (врло свијетла, средње свијетла, тамна, црна, друге боје [навести]),
- крвна група (А, Б, АБ, 0),
- Rh-фактор (Rh +, Rh -),
- раса (бијела, црна, жута, друго [навести]),
- давалац је дао сперматозоиде и/или репродуктивна ткива у другој здравственој установи (да/не),
- давалац је усвојен (да/не),
- давалац је зачет дарованим репродуктивним ћелијама (да/не),
- лична и породична анамнеза:
 - физичке повреде даваоца,
 - онеспособљености даваоца,
 - сметње у менталном здрављу даваоца (ментални проблем, ментални поремећај, поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем, потешкоће у учењу),
 - сметње у менталном здрављу у биолошкој породици даваоца (ментални поремећај, поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем, потешкоће у учењу),
- резултати урађених прегледа и тестова, и то:
 - HIV инфекција,
 - симптоматски или асимптоматски облик Б и Ц хепатитиса,
 - хумани Т-лимфотропни вирус Тип I, II, III (у даљем тексту: HTLV),
 - цитомегаловирус (у даљем тексту: CMV вирус),
 - сифилис,
 - гонореја,
 - инфекције хламидије, микоплазме или уреоплазме,
 - хемофилија и други поремећаји коагулације,
 - скрининг на цистичну фиброзу,
 - а у односу на историју болести, анамнезу и на генетску процјену и одређене тропске болести,
- датум давања изјаве о писменом пристанку даваоца на донирање,
- датум прикупљања сперматозоида и/или репродуктивног ткива,
- датум повлачења изјаве о писменом пристанку даваоца на донирање,
- датум давања изјаве о даљем поступању са сперматозоидима и/или репродуктивним ткивом после повлачења пристанка,
- датум последње провјере да ли је давалац сперматозоида и/или репродуктивног ткива жив,
- 3. даваоцима ембриона (попуњава се за оба брачна, односно ванбрачна супружника),
- лични подаци, и то:
 - име и презиме, име једног родитеља, дјевојачко презиме,
 - датум рођења,
 - јединствени матични број,
 - мјесто и држава рођења,
 - држављанство,
 - број личне карте, односно број пасоша,
 - брачно стање (у брачној заједници, у ванбрачној заједници),
 - адреса даваоца на дан попуњавања обрасца (улица, мјесто, поштански број и држава),
 - дјеца (да/не, ако је одговор да, колико од укупног броја има мушке, односно женске дјеце),
 - висина у метрима и тежина у килограмима,
 - боја очију (плава, зелена, смеђа, црна, друге боје [навести]),
 - боја косе (природна [свијетлоплава, тамноплава, свијетлосмеђа, тамносмеђа, црна, наранџаста], друге боје [навести], фарбана),
 - структура косе (равна, коврџава, валовита),
 - боја коже (врло свијетла, средње свијетла, тамна, црна, друге боје [навести]),
 - крвна група (А, Б, АБ, 0),
 - Rh-фактор (Rh +, Rh -),
 - раса (бијела, црна, жута, друго [навести]),
 - даваоци ембриона су дали репродуктивне ћелије и/или ткива и/или ембрион/-е у другој здравственој установи (да/не),
 - даваоци су усвојени (да/не),
 - даваоци су зачети дарованим репродуктивним ћелијама или ембрионом (да/не),
 - лична и породична анамнеза:
 - физичке повреде даваоца,
 - онеспособљености даваоца,
 - сметње у менталном здрављу даваоца (ментални проблем, ментални поремећај, поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем, потешкоће у учењу),
 - сметње у менталном здрављу у биолошкој породици даваоца (ментални поремећај, поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем, потешкоће у учењу),
 - резултати урађених прегледа и тестова, и то:
 - HIV инфекција,
 - симптоматски или асимптоматски облик Б и Ц хепатитиса,
 - хумани Т-лимфотропни вирус Тип I, II, III (у даљем тексту: HTLV),
 - цитомегаловирус (у даљем тексту: CMV вирус),
 - сифилис,
 - гонореја,
 - инфекције хламидије, микоплазме или уреоплазме,
 - хемофилија и други поремећаји коагулације,
 - скрининг на цистичну фиброзу,
 - а у односу на историју болести, анамнезу и на генетску процјену и одређене тропске болести,
 - датум давања изјаве о писменом пристанку даваоца ембриона на донирање,
 - датум прикупљања ембриона,
 - датум повлачења изјаве о писменом пристанку даваоца ембриона на донирање,

- датум давања изјаве о даљем поступању са ембрионима после повлачења пристанка даваоца ембриона;
- 3) донираним репродуктивним ткивима и/или ћелијама и ембрионима,
 1. дан, мјесец и година узимања репродуктивних ткива и/или ћелија и ембриона,
 2. број узетих репродуктивних ткива и/или ћелија,
 3. број употребљених репродуктивних ткива и/или ћелија,
 4. број употребљених оплођених јајних ћелија,
 5. број узетих ембриона,
 6. број употребљених ембриона,
 7. број чуваних ембриона,
 8. исход поступка;
- 4) примаоцима репродуктивних ткива и/или ћелија и примаоцима ембриона у БМПО,
 1. подаци о брачним, односно ванбрачним супружницима, односно пунољетној и пословно способној жени која је лијечила неплодност у брачној, односно ванбрачној заједници и којој је и даље потребна помоћ у лијечењу неплодности, а способна је да врши родитељску дужност и у таквом је психосоцијалном стању на основу којег се оправдано може очекивати да ће бити способна да обавља родитељске дужности, и то:
 - име и презиме, име једног родитеља, дјевојачко презиме,
 - датум рођења,
 - јединствени матични број,
 - мјесто и држава рођења,
 - држављанство,
 - број личне карте, односно број пасоша,
 - брачно стање (у браку, у ванбрачној заједници, пунољетна и пословно способна жена која је лијечила неплодност у брачној, односно ванбрачној заједници и којој је и даље потребна помоћ у лијечењу неплодности, а способна је да врши родитељску дужност и у таквом је психосоцијалном стању на основу којег се оправдано може очекивати да ће бити способна да обавља родитељске дужности),
 - адреса примаоца на дан попуњавања обрасца (улица, мјесто, поштански број и држава),
 - узроци неплодности, и то:
 - поремећаји од стране мушког брачног, односно ванбрачног супружника (поремећај сперматогенезе, азооспермија, постојање генетских болести, непознато, друго [навести]),
 - поремећаји са стране женског брачног, односно ванбрачног супружника (поремећаји функције јајовода, ендометриоза, поремећаји функције материце, поремећаји функције јајника, менопауза, непознато, друго [навести]),
 2. лична и породична анамнеза, и то:
 - број свих ранијих трудноћа природним путем,
 - укупан број живорођене дјеце из трудноћа природним путем,
 - број свих ранијих трудноћа из БМПО поступака ин витро фертилизације или интраутерине инсеминације (у даљем тексту: IVF/IUI),
 - укупан број живорођене дјеце из трудноћа из БМПО поступака (IVF/IUI),
 - број свих ранијих трудноћа из хетерологних поступака,
 - укупан број живорођене дјеце из трудноћа из поступака,
 - трајање неплодности у годинама,
 - дијагноза, и то:
 - поремећаји функције јајовода,
 - ендометриоза,
 - поремећаји функције материце,
 - поремећаји функције јајника,
 - менопауза,
 - постојање генетских болести,
 - непознато,
 - мушки узрок неплодности,
 - друго (навести),
 - опште здравствено стање,
 - здравствено стање родитеља, сродника;
 - 5) врсти, почетку и трајању БМПО;
 - 6) рођењу дјетета зачетог у БМПО:
 1. подаци о породици (име и презиме, број породиље, број даваоца),
 2. датум порођаја (дан/мјесец/година),
 3. мјесто рођења дјетета,
 4. држава рођења дјетета,
 5. назив здравствене установе у којој је дијете рођено,
 6. подаци о новорођенчету:
 - име и презиме,
 - пол (м/ж),
 - тежина (у грамама),
 - јединствени идентификациони број,
 - здравствено стање новорођенчета, и то:
 - живо рођено,
 - мртворођено,
 - неонатална смрт,
 - урођене аномалије (нема, нејасно – потребно праћење, постоје).
- (2) Образац о подацима о даваоцу јајних ћелија и/или репродуктивног ткива из става 1. тачка 2) подтачка 1. овог члана налази се у Прилогу 1. и чини саставни дио овог правилника.
- (3) Образац о подацима о даваоцу сперматозоида и/или репродуктивног ткива из става 1. тачка 2) подтачка 2. овог члана налази се у Прилогу 2. и чини саставни дио овог правилника.
- (4) Образац о подацима о даваоцима ембриона из става 1. тачка 2) подтачка 3. овог члана налази се у Прилогу 3. и чини саставни дио овог правилника.
- (5) Образац о подацима о примаоцима репродуктивних ткива и/или ћелија и примаоцима ембриона у БМПО из става 1. тачка 4) овог члана налази се у Прилогу 4. и чини саставни дио овог правилника.
- (6) Образац о подацима о рођењу дјетета зачетог у БМПО из става 1. тачка 6) овог члана налази се у Прилогу 5. и чини саставни дио овог правилника.

Члан 3.

Јединствени идентификациони број и податке из члана 2. овог правилника из јединствене базе података Центар за БМПО, односно Банка, без одлагања, доставља Републичком регистру у електронском облику.

Члан 4.

(1) Јединствени идентификациони број и подаци из члана 2. овог правилника не бришу се.

(2) У случају измјене података из члана 2. овог правилника, Центар за БМПО, односно Банка достављају у Републички регистар нови податак без одлагања.

(3) Министарство уноси нови податак у Републички регистар, а постојећи податак се означава застарјелим.

Члан 5.

Архива Републичког регистра се води у електронском облику.

Члан 6.

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

Број: 11/04-020-12/23
27. јула 2023. године
Бања Лука

Министар,
Ален Шеранић, др мед., с.р.

Прилог 1.

Подаци о даваоцу јајних ћелија и/или репродуктивног ткива

Здравствена установа _____

МОЛИМО ИСПУНИТИ ЧИТКО, ШТАМПАНИМ СЛОВИМА

1. Овим обрасцем: пријављује се нови давалац _____
исправљају се претходни подаци даваоца _____

2. Образац испуњен: дан _____ мјесец _____ година _____

3. Јединствени идентификациони број даваоца (ЈИБ) _____

Претходни ЈИБ _____
(ако је било промјена)

4. ИД број донације _____

Број донације који даје здравствена установа _____

5. Овај давалац је регистрован као корисник под _____
(број који даје здравствена установа)

6. Лични подаци о даваоцу

Име _____

Презиме _____

Име једног родитеља _____

Дјевојачко презиме _____

Датум рођења: дан _____ мјесец _____ година _____

ЈМБ _____

Мјесто рођења _____

Држава рођења _____

Држављанство _____

Број личне карте _____

Број пасоша _____

Брачно стање: у браку _____ у ванбрачној заједници _____
разведена _____ удовица _____
самица _____

7. Адреса даваоца на дан попуњавања обрасца:

Улица _____

Мјесто _____

Поштански број _____

Држава _____

8. Да ли давалац има властиту биолошку дјецу: да _____ не _____

Ако је одговор да, навести број мушке _____ и број женске дјеце _____

Датум рођења дјеце: дан _____ мјесец _____ година _____

9. Висина (у метрима) _____ тежина (у килограмима) _____

10. Боја очију: плава _____ зелена _____ смеђа _____

црна _____ друга боја _____

11. Боја косе (природна): свијетлоплава _____ тамноплава _____

свијетлосмеђа _____ тамносмеђа _____

црна _____ црвена _____ друга боја _____

фарбана _____

12. Структура косе: равна _____ коврцава _____ валовита _____

13. Боја коже: врло свијетла _____ средње свијетла _____ тамна _____

црна _____ друге боје _____

14. Крвна група: А _____ Б _____ АБ _____ О _____

15. Rh-фактор: Rh + _____ Rh - _____

16. Раса: бијела _____ црна _____ жута _____ друго _____

17. Да ли је давалац дао јајне ћелије и/или репродуктивна ткива у другој здравственој установи: да _____ не _____

Ако је одговор да _____ у _____
(навести шта је дао) (Република Српска или иностранство)

18. Да ли је давалац усвојен: да _____ не _____

19. Да ли је давалац зачет донираним репродуктивним ћелијама или ембрионом: да _____ не _____

Ако је одговор да _____
(навести чиме)

20. Лична анамнеза (навести све податке у вези са физичким повредама, онеспособљеностима и сметњама у менталном здрављу [ментални проблем, ментални поремећај и поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем] или потешкоћама у учењу код даваоца или у његовој биолошкој породици)

21. Породична анамнеза (навести све податке у вези са физичким повредама, онеспособљеностима и сметњама у менталном здрављу [ментални проблем, ментални поремећај и поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем] или потешкоћама у учењу у биолошкој породици даваоца)

22. Резултати урађених прегледа и тестова (означити које је давалац урадио)

HIV инфекција _____ симптоматски/асимптоматски облик Б и Ц хепатитиса _____

HTLV _____ CMV вирус _____ сифилис _____ гонореја _____

инфекције хламидије, микоплазме или уреаплазме _____

хемофилија и други поремећаји коагулације _____

скрининг на цистичну фиброзу _____ друго _____

23. Датум давања изјаве о писменом пристанку даваоца на донирање (навести у изјави шта се донира): _____
дан _____ мјесец _____ год. _____

24. Датум прикупљања јајних ћелија и/или репродуктивног ткива:

дан _____ мјесец _____ год. _____

25. Датум повлачења изјаве о писменом пристанку даваоца на донирање:

дан _____ мјесец _____ год. _____

26. Датум давања изјаве о даљем поступању са јајним ћелијама и/или репродуктивним ткивом послје повлачења пристанка:

дан _____ мјесец _____ год. _____

27. Датум последње провере да ли је давалац јајних ћелија и/или репродуктивног ткива жив:

дан _____ мјесец _____ год. _____

Прилог 2.

Подаци о даваоцу сперматозоида и/или репродуктивног ткива

Здравствена установа _____

МОЛИМО ИСПУНИТИ ЧИТКО, ШТАМПАНИМ СЛОВИМА

1. Овим обрасцем: пријављује се нови давалац _____
исправљају се претходни подаци даваоца _____

2. Образац испуњен: дан _____ мјесец _____ година _____

3. Јединствени идентификациони број даваоца (ЈИБ) _____

Претходни ЈИБ _____
(ако је било промјена)

4. ИД број донације _____

Број донације који даје здравствена установа _____

5. Овај давалац је регистрован као корисник под _____
(број који даје здравствена установа)

6. Лични подаци о даваоцу:

Име _____

Презиме _____

Име једног родитеља _____

Датум рођења: дан _____ мјесец _____ година _____

ЈМБ _____

Мјесто рођења _____

Држава рођења _____

Држављанство _____

Број личне карте _____

Број пасоша _____

Брачно стање: у браку _____ у ванбрачној заједници _____

разведен _____ удовац _____

самац _____

7. Адреса даваоца на дан попуњавања обрасца:

Улица _____

Мјесто _____

Поштански број _____

Држава _____

8. Да ли давалац има властиту биолошку дјецу: да _____ не _____

- Ако је одговор да, навести број мушке _____ и број женске дјеце _____
 Датум рођења дјете: дан _____ мјесец _____ година _____
 9. Висина (у метрима) _____ тежина (у килограмима) _____
 10. Боја очију: плава _____ зелена _____ смеђа _____
 црна _____ друга боја _____
 11. Боја косе (природна): свијетлоплава _____ тамноплава _____
 свијетлосмеђа _____ тамносмеђа _____
 црна _____ црвена _____ друга боја _____
 фарбана _____
 12. Структура косе: равна _____ коврљава _____ валовита _____
 13. Боја коже: врло свијетла _____ средње свијетла _____ тамна _____
 црна _____ друге боје _____
 14. Крвна група: А _____ Б _____ АВ _____ О _____
 15. Rh-фактор: Rh + _____ Rh - _____
 16. Раса: бијела _____ црна _____ жута _____ друго _____
 17. Да ли је давалац дао сперматозоиде и/или репродуктивна ткива у другој здравственој установи: да _____ не _____
 Ако је одговор да _____ у _____
 (навести шта је дао) (Република Српска или иностранство)
 18. Да ли је давалац усвојен: да _____ не _____
 19. Да ли је давалац зачет донираним репродуктивним ћелијама или ембрионом: да _____ не _____
 Ако је одговор да _____
 (навести чиме)

20. Лична анамнеза (навести све податке у вези са физичким повредама, онеспособљеностима и сметњама у менталном здрављу [ментални проблем, ментални поремећај и поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем] или потешкоћама у учењу код даваоца или у његовој биолошкој породици)

21. Породична анамнеза (навести све податке у вези са физичким повредама, онеспособљеностима и сметњама у менталном здрављу [ментални проблем, ментални поремећај и поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем] или потешкоћама у учењу у биолошкој породици даваоца)

22. Резултати урађених прегледа и тестова (означити које је давалац урадио)
 HIV инфекција _____ симптоматски/асимптоматски облик Б и Ц хепатитиса _____
 HTLV _____ CMV вирус _____ сифилис _____ гонореја _____
 инфекције хламидије, микоплазме или уреаплазме _____
 хемофилија и други поремећаји коагулације _____
 скрининг на цистичну фиброзу _____ друго _____
 23. Датум давања изјаве писменом пристанку даваоца на донирање (навести у изјави шта се донира): _____
 дан _____ мјесец _____ год. _____
 24. Датум прикупљања сперматозоида и/или репродуктивног ткива:
 дан _____ мјесец _____ год. _____
 25. Датум повлачења изјаве о писменом пристанку даваоца на донирање:
 дан _____ мјесец _____ год. _____
 26. Датум давања изјаве о даљем поступању са сперматозоидима и/или репродуктивним ткивом послје повлачења пристанка:
 дан _____ мјесец _____ год. _____
 27. Датум последње провере да ли је давалац сперматозоида и/или репродуктивног ткива жив:
 дан _____ мјесец _____ год. _____

Прилог 3.

Подаци о даваоцима ембриона¹

- Здравствена установа _____
 МОЛИМО ИСПУНИТИ ЧИТКО, ШТАМПАНИМ СЛОВИМА
 1. Овим образцем: пријављују се нови даваоци ембриона _____
 исправљају се претходни подаци даваоца ембриона _____
 2. Образац испуњен: дан _____ мјесец _____ година _____
 3. Јединствени идентификациони број даваоца ембриона (ЈИБ) _____
 Претходни ЈИБ _____
 (ако је било промјена)
 4. ИД број донације _____
 Број донације који даје здравствена установа _____
 5. Ови даваоци ембриона су регистровани као корисници под _____
 (број који даје здравствена установа)

¹ Образац се попуњава за оба супружника

6. Лични подаци о даваоцима ембриона:

Име _____

Презиме _____

Име једног родитеља _____

Дјевојачко презиме _____

Датум рођења: дан _____ мјесец _____ година _____

ЈМБ _____

Мјесто рођења _____

Држава рођења _____

Држављанство _____

Број личне карте _____

Број пасоша _____

Брачно стање: у браку _____ у ванбрачној заједници _____

7. Адреса даваоца на дан попуњавања обрасца:

Улица _____

Мјесто _____

Поштански број _____

Држава _____

8. Да ли даваоци ембриона имају властиту биолошку дјецу: да _____ не _____

Ако је одговор да, навести број мушке _____ и број женске _____

Датум рођења дјете: дан _____ мјесец _____ година _____

8. Висина (у метрима) _____ тежина (у килограмима) _____

9. Боја очију: плава _____ зелена _____ смеђа _____

црна _____ друга боја _____

10. Боја косе (природна): свијетлоплава _____ тамноплава _____

свијетлосмеђа _____ тамносмеђа _____

црна _____ црвена _____ друга боја _____

фарбана _____

11. Структура косе: равна _____ коврцава _____ валовита _____

12. Боја коже: врло свијетла _____ средње свијетла _____ тамна _____

црна _____ друге боје _____

13. Крвна група: А _____ Б _____ АВ _____ О _____

14. Rh-фактор: Rh + _____ Rh - _____

15. Раса: бијела _____ црна _____ жута _____ друго _____

16. Да ли су даваоци ембриона дали репродуктивне ћелије и/или ткива и/или ембрион/-е у другој здравственој установи:

да _____ не _____

Ако је одговор да _____ у _____

(навести шта су дали и ко) (Република Српска или иностранство)

17. Да ли су даваоци ембриона усвојени: да _____ не _____

Ако је одговор да _____

(навести ко од супружника)

18. Да ли су даваоци зачети донираним репродуктивним ћелијама или ембрионом: да _____ не _____

Ако је одговор да _____

(навести чиме)

19. Лична анамнеза (навести све податке у вези са физичким повредама, онеспособљеностима и сметњама у менталном здрављу [ментални проблем, ментални поремећај и поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем] или потешкоћама у учењу код даваоца или у његовој биолошкој породици)

20. Породична анамнеза (навести све податке у вези са физичким повредама, онеспособљеностима и сметњама у менталном здрављу [ментални проблем, ментални поремећај и поремећај и/или оштећено функционисање повезано са дистресом, симптомима или клинички израженим менталним поремећајем] или потешкоћама у учењу у биолошкој породици даваоца)

21. Резултати урађених прегледа и тестова (означити које су даваоци урадили)

HIV инфекција _____ симптоматски/асимптоматски облик Б и Ц хепатитиса _____

HTLV _____ CMV вирус _____ сифилис _____ гонореја _____

инфекције хламидије, микоплазме или уреоплазме _____

хемофилија и други поремећаји коагулације _____

скрининг на цистичну фиброзу _____ друго _____

22. Датум давања изјаве о писменом пристанку даваоца ембриона на донирање:

дан _____ мјесец _____ год. _____

23. Датум прикупљања ембриона:

дан _____ мјесец _____ год. _____

24. Датум повлачења изјаве о писменом пристанку даваоца ембриона на донирање:

дан _____ мјесец _____ год. _____

25. Датум давања изјаве о даљем поступању са ембрионима после повлачења пристанка даваоца ембриона:

дан _____ мјесец _____ год. _____

Прилог 4.

Подаци о примаоцу репродуктивних ткива и/или ћелија и примаоцу ембриона

Здравствена установа _____

МОЛИМО ИСПУНИТИ ЧИТКО, ШТАМПАНИМ СЛОВИМА

1. Овим обрасцем: пријављује се нови прималац _____

исправљају се претходни подаци примаоца _____

2. Образац испуњен: дан _____ мјесец _____ година _____

3. Јединствени идентификациони број примаоца (ЈИБ) _____

Претходни ЈИБ _____

(ако је било промјена)

4. ИД број примаоца _____

5. Број примаоца _____

(број који даје здравствена установа)

6. Лични подаци о примаоцу:

Име _____

Презиме _____

Име једног родитеља _____

Дјевојачко презиме _____

Датум рођења: дан _____ мјесец _____ година _____

ЈМБ _____

Мјесто рођења _____

Држава рођења _____

Држављанство _____

Број личне карте _____

Број пасоша _____

Брачно стање: у браку _____ у ванбрачној заједници _____

пунољетна и пословно способна жена која је лијечила неплодност у брачној, односно ванбрачној заједници и којој је и даље потребна помоћ у лијечењу неплодности, а способна је да врши родитељску дужност и у таквом је психосоцијалном стању на основу којег се оправдано може очекивати да ће бити способна да обавља родитељске дужности _____

7. Адреса примаоца на дан попуњавања обрасца:

Улица _____

Мјесто _____

Поштански број _____

Држава _____

8. Узроци неплодности код мушког брачног, односно ванбрачног супружника (може се означити више од једног узрока):

олигозооспермија _____ азооспермија _____ генетска болест _____

непознато _____ друго _____

9. Узроци неплодности код женског брачног, односно ванбрачног супружника (може се означити више од једног узрока):

поремећаји функције јајвода _____ поремећаји функције јајника _____

ендометриоза _____ поремећаји функције материце _____

менопауза _____ поремећаји овулације _____ генетска болест _____

непознато _____ друго _____

10. Лична и породична анамнеза:

Број свих ранијих трудноћа природним путем _____

Укупан број живорођене дјеце из трудноћа природним путем _____

Број свих ранијих трудноћа из хомологне вантјелесне оплодње _____

Укупан број живорођене дјеце из трудноћа из хомологне вантјелесне оплодње _____

Број свих ранијих трудноћа из хетерологне вантјелесне оплодње _____

Укупан број живорођене дјеце из трудноћа из хетерологне вантјелесне оплодње _____

Трајање неплодности (у годинама): _____

Опште здравствено стање примаоца: _____

Здравствено стање родитеља/сродника: _____

11. Да ли је прималац репродуктивних ткива и/или ћелија и прималац ембриона лијечен у иностранству: да _____ не _____

Ако да: _____ у _____

(назив здравствене установе)

(назив државе)

12. Крвна група: А _____ Б _____ АВ _____ О _____

13. Rh-фактор: Rh + _____ Rh - _____

Прилог 5.

Подаци о рођењу дјетета зачетог лијечењем неплодности поступцима биомедицински потпомогнуте оплодње

Здравствена установа _____

МОЛИМО ИСПУНИТИ ЧИТКО, ШТАМПАНИМ СЛОВИМА

1. Овим обрасцем: пријављује се рођење дјетета/-це _____

исправљају се претходни подаци _____

2. Подаци о породици:

Име и презиме породице: _____

Број породице: _____

Број даваоца: _____

3. Овим обрасцем извјештава се о рођењу дјетета/-це зачетог/-их у хетерологној вантјелесној оплодњи (навести којим поступком): _____

4. Датум порођаја: дан _____ мјесец _____ год. _____

6. Мјесто рођења дјетета _____

7. Држава рођења дјетета _____

8. Здравствена установа у којој је/су дијете/-ца рођено/-а _____

Новорођенче/новорођенчад

	Новорођенче 1	Новорођенче 2	Новорођенче 3
Име и презиме			
Пол			
Јединствени идентификациони број			
Тежина (у грамима)			
Здравствено стање новорођенчета:			
живо			
мртворођено			
неонатална смрт			
Урођене аномалије:			
нема			
нејасно – потребно праћење			
постоје			

ИСПУЊЕН ОБРАЗАЦ ДОСТАВИТИ У РЕПУБЛИЧКИ РЕГИСТАР ОДМАХ ПО РОЂЕЊУ ДЈЕТЕТА/-ЦЕ

САДРЖАЈ

ПРЕДСЈЕДНИК РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

1849 Указ о додјели одликовања, број: 01-136-3873/23 .. 1

ВЛАДА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

1850 Одлука о шездесет другој емисији обвезница
Републике Српске јавном понудом 1

МИНИСТАРСТВО ПРОСВЈЕТЕ И КУЛТУРЕ

1851 Правилник о процедури пријема, критеријумима
за пријем у радни однос и начину бодовања
кандидата у основној школи 21852 Правилник о наставном плану и програму за
основно васпитање и образовање 6

МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА И СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

1853 Правилник о садржају и поступку вођења
Републичког регистра у области лијечења
неплодности поступцима биомедицински
потпомогнуте оплодње 24