

PRIJAVA

MOGUĆE IZLOŽENOSTI VIRUSIMA HEPATITISA B, C I HIV U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

1.	Ime i prezime izložene osobe	
2.	Pol	<input type="checkbox"/> muško <input type="checkbox"/> žensko
3.	Datum rođenja	___/___/___
4.	Zanimanje	
5.	Ustanova u kojoj je došlo do izloženosti	
6.	Datum i vreme izloženosti	___/___/___, ___ h ___ min.
7.	Vrsta izloženosti	<input type="checkbox"/> perkutana izloženost (ubod, posekotina) <input type="checkbox"/> izloženost sluzokože <input type="checkbox"/> izloženost ozleđene kože (abrazije, dermatitis...) <input type="checkbox"/> ujed
8.	Deo tela koji je izložen	
9.	Vrsta telesne tečnosti	<input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/> telesna tečnost sa primesama sveže krvi <input type="checkbox"/> potencijalno zaražena telesna tečnost ili tkivo (sperma, vaginalni sekret, cerebrospinalna, sinovijalna, pleuralna, peritonealna, perikardijalna i amnijska tečnost) <input type="checkbox"/> direktan kontakt sa koncentrovanim virusom (u laboratoriji)
10.	Količina telesne tečnosti	<input type="checkbox"/> velika <input type="checkbox"/> mala <input type="checkbox"/> u tragovima
11.	Detaljan opis načina izlaganja	
12.	Ukoliko je došlo do povređivanja na iglu ili oštar predmet, navesti vrstu i proizvođača	
13.	Infektivni status mogućeg rezervoara infekcije	
	HBsAg	<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nepoznat
	Anti-HCV	<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nepoznat
	Anti-HIV	<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nepoznat
14.	Infektivni status izložene osobe	
	HBsAg	<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nepoznat
	Anti-HCV	<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nepoznat
	Anti-HIV	<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nepoznat
15.	Podaci o vakcinaciji izložene osobe protiv hepatitisa B	<input type="checkbox"/> nevakcinisan <input type="checkbox"/> vakcinisan datum prve doze ___/___/___ datum druge doze ___/___/___ datum treće doze ___/___/___
16.	Izložena osoba upućena na savetovanje i postekspozicionu profilaksu	<input type="checkbox"/> da, upisati naziv institucije gde je upućen _____ <input type="checkbox"/> ne, upisati razlog neupućivanja _____ _____
17.	Ime i prezime osobe koja prijavljuje izloženost	
18.	Funkcija	
19.	Kontakt telefon	() _____, () _____
20.	Datum prijave	___/___/___
INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE VOJVODINE, FUTOŠKA 121, 21000 NOVI SAD, 021 423 464, nsepid@eunet.yu		Komentar _____ _____ _____

ZARAZNE BOLESTI KOJE PODLEŽU OBAVEZNOJ PRIJAVLJIVANJU (SL. glasnik RS 125/04)

A00.0-A00.9	Cholera (S)	A84.0-A84.9	Encephalitis viralis ixodibus transmissa
A01.0	Typhus abdominalis	A87.0	Meningitis enteroviralis
A01.1-A01.4	Paratyphus	A95.0-A95.9	Febris flava (S)
A02.0-A02.9	Salmonellosis	A96.2	Febris lassa (S)
A03.0-A03.9	Shigellosis	A98.0	Febris haemorrhagica Crim-Congo (S)
A04.0-A04.4	Infectio intestinalis per E. Coli	A98.3	Morbus viralis Marburg (S)
A04.5	Enteritis campylobacterialis	A98.4	Morbus viralis Ebola (S)
A04.6	Enteritis yersiniosa enterocolitica	A98.5	Febris haemorrhagica cum syndroma renali (S)
A04.8	Infectio intestinalis bacterialis alia	B01.0-B01.9	Varicella
A04.9	Infectio intestinalis bacterialis, non specific.	B03	Variola vera (S)
A05.0	Intoxicatio alimentaria staphylococcica	B05.0-B05.9	Morbilli (S)
A05.1	Botulismus (S)	B06.0-B06.9	Rubeola
A05.2-A05.9	Intoxicatio alimentaria bacterialis	B15.0-B15.9	Hepatitis acuta A
A06.0-A06.9	Amoebiasis	B16.0-B16.9	Hepatitis acuta B
A07.1	Giardiasis (lambliasis)	B17.1	Hepatitis acuta C
A07.2	Cryptosporidiasis	B17.2	Hepatitis acuta E
A09	Diarrhoea et gastroenteritis, causa infectionis suspecta	B18.0	Hepatitis viralis chronica B cum delta agente
A15.0-A15.9	Tuberculosis organorum respiratorium, per bacteriologiam et histologiam confirmata	B18.1	Hepatitis viralis chronica B sine delta agente
A16.0-A16.9	Tuberculosis organorum respiratorium, per bacteriologiam et histologiam non confirmata	B18.2	Hepatitis viralis chronica C
A17.0-A17.9	Tuberculosis systematis nervosi	B18.8	Hepatitis viralis chronica alia
A18.0-A18.8	Tuberculosis organorum aliorum	B18.9	Hepatitis viralis chronica, non specificata
A19.0-A19.9	Tuberculosis miliaris	B19.0-B19.9	Hepatitis viralis, non specificata
A20.0-A20.9	Pestis (S)	B20-B24	Morbus HIV
A21.0-A21.9	Tularaemia	B26.0-B26.9	Parotitis
A22.0-A22.9	Anthrax	B27.0-B27.9	Mononucleosis infectiva
A23.0-A23.9	Brucellosis	B50-B54	Malaria
A27.0-A27.0	Leptospirosis	B55.0-B55.9	Leishmaniasis
A32.0-A32.9	Listeriosis	B58.0-B58.9	Toxoplasmosis
A33	Tetanus neonati	B67.0-B67.9	Echinococcosis
A34	Tetanus puerperalis	B75	Trichinellosis
A35	Tetanus alius	B86	Scabies
A36.0-A36.9	Diphtheria (S)	B96.3	Haemophilus influenzae ut causa morborum
A37.0-A37.9	Pertussis	G00.0-G00.0	Meningitis bacterialis
A38	Scarlatina	J02.0	Pharyngitis streptococcica
A39.0-A39.9	Infectio meningococcica	J03.0	Tonsillitis streptococcica
A40.0-A40.9	Septicaemia streptococcica	J10.0-J00.8	Influenza, virus identificatum
A41.0-A41.9	Septicaemia alia	J11.0-J11.8	Influenza, virus non identificatum
A48.1	Legionellosis	J12.0-J12.9	Pneumonia viralis
A50.0-A50.9	Syphilis congenita	J13	Pneumonia pneumococcica
A51.0-A51.9	Syphilis recens	J14	Pneumonia per Haemophilum influenzae
A52.0-A52.9	Syphilis tarda	J15.0-J15.9	Pneumonia bacterialis
A53.0-A53.9	Syphilis alia et non specificata	J84.0-J84.9	Pneumoniae interstitiales aliae
A54.0-A54.9	Infectio gonococcica	P35.0	Syndroma rubeolae congenitae
A56.0-A56.8	Infectio sexualis chlamydialis	Z21	HIV pozitivnost
A69.2	Morbus Lyme	Z22.0	Klicionoša trbušnog tifusa
A70	Ornithosis, psittacosis	Z22.1	Klicionoša paratifusa, drugih salmoneloza, šigeloza, kampilobakterioza, jersinioza
A78	Febris Q	Z22.5	Nosilaštvo HBsAg
A80.0-A80.9	Poliomyelitis anterior acuta (S)	Z22.8	Nosilaštvo uzročnika malarije
A81.0	Morbus Creutzfeldt-Jacob	Z22.9	Nosilaštvo anti-HCV
A82.0-A82.9	Rabies		(S) = obavezna prijava sumnje na oboljenje

Образац бр. 1 (Обр.бр. ДИ-07/1

(подносилац пријаве)

Место _____, ул. и број: _____, Општина _____, Округ _____ Република Србија
 Телефон: _____ Факс: _____ Број под којим је заведена пријава _____

ПОЈЕДИНАЧНА ПРИЈАВА *

ПОДАЦИ О БОЛЕСНИКУ:

1. _____ (презиме, име једног родитеља и име)
2. ЈМБГ _____
3. Дан, месец и година рођења _____
4. ПОЛ: мушкарци 1 женски 2 _____
5. Адреса сталног боравка и општина _____
6. Занимање - посао који обавља (детаљно) _____
7. Где је запослен _____
 (за децу: школа - разред и одељење - дења устима)
- Место _____ ул. _____ број _____

ПОДАЦИ О БОЛЕСТИ:

8. Обољење (латински) _____
 Узрочник (латински) _____
 Шифра (МКБ) _____
9. Датум обољења (дан, месец, год.) _____
10. Датум смрти (дан, месец, год.) _____
11. Болест утврђена: клинички _____
 лабораторијски _____
12. Упућен у болницу _____
 Датум хоспитализације _____
13. Материјал узет за лаб. анализу _____
14. Вакцинисан против ове болести _____
 НЕ _____ 1 _____
14. ДА - потпуно _____ 2 _____
 - непотпуно (бр. доза) _____ 3 _____
 - ревакцинисан _____ 4 _____
 - вакцинација није обављена _____ 5 _____
15. Дат. послед. вакцинације-ревакцинације _____

У _____
 Датум подношења пријаве _____

Презиме, име и факсимил
 доктора медицине _____

МП _____

* видети упутство на полеђини пријаве (страница 2.)

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 е-маил _____ Број под којим је заведена пријава _____

ЗБИРНА ПРИЈАВА*

за период од _____ до _____ године (за _____ недељу)

Обољење	Узраст оболелих у годинама								Укупно
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-59	60+	
A 38 Scarlatina									
A 56 Infectio sexualis chlamydialis									
B 01 Varicella									
B 86 Scabies									
J 02 Pharyngitis streptococcica									
J 03 Tonsillitis streptococcica									
J 10 Influenza, virus identificatum									
J 11 Influenza, virus non identificatum									
J 12 Pneumonia viralis									
J 13 Pneumonia pneumococcica									
J 14 Pneumonia per Haemophilum influenzae									
J 15 Pneumonia bacterialis									

У _____
 Датум подношења пријаве

МП

Презиме, име и факсимил
 доктора медицине

* Смрт од наведене болести се пријављује Појединачном пријавом - Образац бр. 1 (Обр. бр. ДИ 07/1)

Образац бр. 8 (Обр. бр. ДИ-07/8)

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 е-маил _____ Број под којим је заведена пријава _____

**ПРИЈАВА О ЛАБОРАТОРИЈСКИ УТВРЂЕНОМ УЗРОЧНИКУ
 ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ**

Подаци о болеснику/паацијенту

Презиме, име једног родитеља и име

ЈМБГ

Дан, месец и година рођења

Пол: М Ж

Место становања, улица и број

Занимање/запослен у

Разлог узимања и слања материјала:

(дијагноза/симптоми)

Ко шаље материјал:

(правно лице, предузетник, физичко лице - лично)

(др медицине - име и презиме)

Датум пријема материјала у лабораторију (узорковања у лабораторији):

Врста узорка:

(навести)

Име/налаз анализе:

Резултат (врста узрочника - латински назив):

У

Датум подношења пријаве

Презиме, име и фамилијал
доктора медицине микробиолога

МП

ПРИЈАВА НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

Подносилац пријаве: Здравствена установа: _____ Лекар: _____ Телефон: _____ Факс: _____ Датум: _____ Потпис: _____	Здравствена установа којој се доставља пријава: Епидемиолошкој служби Адреса: _____ Телефон / факс: _____
--	--

I. ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ И НЕЖЕЉЕНИМ РЕАКЦИЈАМА

1. Иницијали (шифра)	1a. Држава	2. Датум рођења			2.1. Телесна маса у кг	3. Пол СМ ПЖ	4-6. Време када су се реакције појавиле			8-12. Исход нежељених реакција <input type="checkbox"/> Смрт <input type="checkbox"/> Укључена или продужена хоспитализација <input type="checkbox"/> Трајно оштећење или инвалидност <input type="checkbox"/> Животна угроженост <input type="checkbox"/> Конгенитална аномалија <input type="checkbox"/> Опоравак <input type="checkbox"/> Непознат
		Дан	Месец	Година			Дан	Месец	Година	
7-13. ОПИС НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА (укључујући релевантна испитивања и лабораторијске анализе)										

II. ПОДАЦИ О СУСПЕКТНОМ ИМУНОБИОЛОШКОМ ПРЕПАРАТУ

14. ИМУНОБИОЛОШКИ ПРЕПАРАТ ЗА КОЈИ СЕ СУМЊА ДА ЈЕ УЗРОКОВАО НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ (заштитени назив, ИИН, облик и јачина): _____

15. ДОЗА ПО РЕДУ: _____

16. НАЧИН ПРИМЕНЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА: _____

III. ПОДАЦИ О ИСТОВРЕМЕНО КОРИШЋЕНИМ ЛЕКОВИМА

17. ИСТОВРЕМЕНО КОРИШЋЕНИ ЛЕКОВИ, ИНДИКАЦИЈЕ, РЕЖИМ ДОЗИРАЊА И ДАТУМ ПРИМЕНЕ, о.д. до (лекови коришћени за контролу реакције се не наводе): _____

18. ДРУГА РЕЛЕВАНТНА СТАЊА (нпр. други налази, алергије, трудноћа са последњим месецом менструације, итд.): _____

ОСТАЛИ ПОДАЦИ

19 a. НАЗИВ И АДРЕСА ПРОИЗВОЂАЧА ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА, НОСИОЦА ДОЗВОЛЕ ЗА СТАВЉАЊЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА У ПРОМЕТ:	19 б. БРОЈ СЕРИЈЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА:	(КОД КЛИНИЧКЕ СТУДИЈЕ НАВЕСТИ БРОЈ ПРОТОКОЛА, БРОЈ ОДОБРЕЊА И НАЗИВ)
19 и. ДАТУМ КАДА ЈЕ ПРОИЗВОЂАЧ, НОСИЛАЦ ДОЗВОЛЕ ЗА СТАВЉАЊЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА У ПРОМЕТ ДОБИО ОВУ ПРИЈАВУ:	24 a. ИЗВОР ПОДАТАКА: <input type="checkbox"/> КЛИНИЧКА СТУДИЈА <input type="checkbox"/> ЗДРАВСТВЕНИ СТРУЧЊАК <input type="checkbox"/> ЛИТЕРАТУРА <input type="checkbox"/> ОСТАЛО	
ДАТУМ ДОСТАВЉАЊА ОВЕ ПРИЈАВЕ АГЕНЦИЈИ:	25 a. ВРСТА ПРИЈАВЕ <input type="checkbox"/> ПРВА <input type="checkbox"/> НАРЕДНА	

цју
ља

и)

јне

ИЛ)

ИЛ)

ИЛ)

Образац бр. 3

ПРИЈАВА НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

Подносилац пријаве: Здравствена установа: _____	Здравствена установа којој се доставља пријава: _____
Лекар: _____	Епидемиолошкој служби
Телефон: _____ Факс: _____	Адреса: _____
Датум: _____, Потпис: _____	Телефон / факс: _____

I. ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ И НЕЖЕЉЕНИМ РЕАКЦИЈАМА

1. Иницијали (шифра)	1а. Држава	2. Датум рођења			2.1. Телесна маса у кг	3. Пол СМ ПЖ	4-6. Време када су се реакције појавиле			8-12. Исход нежељених реакција <input type="checkbox"/> Смрт <input type="checkbox"/> Укључена или продужена хоспитализација <input type="checkbox"/> Трајно оштећење или инвалидност <input type="checkbox"/> Животна угроженост <input type="checkbox"/> Конгенитална аномалија <input type="checkbox"/> Опоравак <input type="checkbox"/> Непознат
		Дан	Месец	Година			Дан	Месец	Година	
7-13. ОПИС НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА (укључујући релевантна испитивања и лабораторијске анализе)										

II. ПОДАЦИ О СУСПЕКТНОМ ИМУНОБИОЛОШКОМ ПРЕПАРАТУ

14. ИМУНОБИОЛОШКИ ПРЕПАРАТ ЗА КОЈИ СЕ СУМЊА ДА ЈЕ УЗРОКОВАО НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ (заштитени назив, ИИН, облик и јачина): _____	
15. ДОЗА ПО РЕДУ: _____	16. НАЧИН ПРИМЕНЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА: _____

III. ПОДАЦИ О ИСТОВРЕМЕНО КОРИШЋЕНИМ ЛЕКОВИМА

17. ИСТОВРЕМЕНО КОРИШЋЕНИ ЛЕКОВИ, ИНДИКАЦИЈЕ, РЕЖИМ ДОЗИРАЊА И ДАТУМ ПРИМЕНЕ, <i>оа-до</i> (лекови коришћени за контролу реакције се не наводе): _____
18. ДРУГА РЕЛЕВАНТНА СТАЊА (нпр. други налази, алергије, трудноћа са последњим месецим менструације, итд.): _____

ОСТАЛИ ПОДАЦИ

19 а. НАЗИВ И АДРЕСА ПРОИЗВОЂАЧА ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА, НОСИОЦА ДОЗВОЛЕ ЗА СТАВЉАЊЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА У ПРОМЕТ: _____	19 б. БРОЈ СЕРИЈЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА: _____	(КОД КЛИНИЧКЕ СТУДИЈЕ НАВЕСТИ БРОЈ ПРОТОКОЛА, БРОЈ ОДОБРЕЊА И НАЗИВ)
19 ц. ДАТУМ КАДА ЈЕ ПРОИЗВОЂАЧ, НОСИЛАЦ ДОЗВОЛЕ ЗА СТАВЉАЊЕ ИМУНОБИОЛОШКОГ ПРЕПАРАТА У ПРОМЕТ ДОБИО ОВУ ПРИЈАВУ: _____	24 а. ИЗВОР ПОДАТАКА: <input type="checkbox"/> КЛИНИЧКА СТУДИЈА <input type="checkbox"/> ЛИТЕРАТУРА <input type="checkbox"/> ЗДРАВСТВЕНИ СТРУЧЊАК <input type="checkbox"/> ОСТАЛО	
ДАТУМ ДОСТАВЉАЊА ОВЕ ПРИЈАВЕ АГЕНЦИЈИ: _____	25 а. ВРСТА ПРИЈАВЕ <input type="checkbox"/> ПРВА <input type="checkbox"/> НАРЕДНА	

тју
ља

] и)

јне

ИЛ)

ИЛ)

ИЛ)

СПИСАК АНТИБИОТИКА**

БЕТА ЛАКТАМСКИ АНТИБИОТИЦИ
PENICILINI
001 - Penicilin G
002 - Ampicilin
003 - Amoxicillin
004 - Amoxicillin + klavulonska kiselina
005 - Penicilin M:meticilin
006 - Piperacilin
KARBAPENEMI
007 - Imipenem
008 - Meropenem
009 - Drugi penicilinski antibiotik
CEFALOSPORINI
010 - Cephalexin
011 - Cefaclor
012 - Cefuroksim
013 - Cefotaksim
014 - Ceftriaxon
015 - Cefazidim
016 - Cefpodoxim
017 - Cefepim
018 - Drugi cefalosporinski antibiotik
TETRACIKLINI
019 - Tetracyclin
MAKROLIDI
020 - Eritromycin
021 - Roxitromycin
LINKOZAMIDI
022 - Linkomycin
023 - Clindamycin
AMINOGLIKOZIDI
024 - Streptomycin
025 - Gentamicin
026 - Amikacin
027 - Netilmicin
HINOLONI
028 - Ofloksacin
029 - Ciproplaxacin
030 - Nofroksacin
031 - Ostali
GLIKOPEPTIDI
032 - Vankomycin
CHLORAMPHENICOL
033 - Chloramphenicol
SULFONAMIDI I TRIMETROPERIM
034 - Sulfonamidi
DRUGI ANTIBIOTICI

БИ - Локализација болничке инфекције*

1.	Инфекције оперативног места
2.	Инфекције мокраћног система
3.	Инфекције крви
4.	Пнеумонија
5.	Инфекције коштаног-зглобног система
6.	Инфекције кардиоваскуларног система
7.	Инфекције централног нервног система
8.	Инфекције ока, уха и носа
9.	Инфекције система за варење
10.	Инфекције система за дисање
11.	Инфекције полног система
12.	Инфекције Инфекције коже и меких ткива
13.	Системске инфекције