

(подносилац пријаве)

Место: _____ Општина: _____ Управни округ: _____
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 Ел. адреса: _____ Број/Датум под којим је заведена пријава: _____

ПРИЈАВА О МОГУЋОЈ ИНФЕКЦИЈИ ВИРУСОМ БЕСНИЛА И ПОСТЕКСПОЗИЦИОНОЈ ПРОФИЛАКСИ

_____ ЈМБГ | _____
 (Презиме, име једног родитеља и име)
 _____ Пол: мушки-1 женски -2 | _____
 (место рођења) (дан, месец и година рођења)

Адреса становања _____
 _____ (место, општина, улица и број)
 Држављанство _____ Телефон _____

Број картице здравственог осигурања: _____

ЛБО (лични број осигураника): _____

Посао који обавља _____
 Запослен у или се школује _____
 _____ (за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП)

Трудница Да Не Непознато Број недеља трудноће: _____

ПОДАЦИ О ОЗЛЕЂИВАЊУ

Датум озледе: _____ Место/Општина где је настало озлеђивање: _____

Локализација озледе: _____ Број озледа: _____

Опис озледа: лака тешка кроз одело контакт рана крварила

Ујед/озледа провоциран/а АТ заштита Редовна АТ заштита

Да ли је раније антирабично третиран: да не

Датум: _____ Вакцина: _____ Број доза: _____

Врста животиње која је нанела озледу: _____ Група: А Б Ц Д

животиња жива: животиња позната животиња вакцинисана:
 животиња непозната: животиња одлутала: убијена: угинула:

Власник животиње: _____ Адреса: _____

Дат налог за ветеринарски надзор: Датум издавања налога: _____

Датум пријема извештаја: _____ Резултат надзора: _____

Лабораторијски преглед на беснило: ТФА(+) Биолошки оглед (+)

Анамнеза: _____

АНТИРАБИЧНИ ТРЕТМАН

1. Локална обрада ране: датум: _____ у здравственој установи _____

Начин обраде ране: _____

2. Хумани антирабични имуноглобулин (ХРИГ):

Датум апликације: _____ у здравственој установи: _____

место апликације: _____ у и око ране _____ у глутеални мишић

Телесна маса пацијента: _____ (кг) јединица ХРИГ-а: _____ (И.Ј.)

Произвођач и серија ХРИГ-а: _____

Нежељене реакције на ХРИГ: _____

3. Вакцинација против беснила:

Дани	Датум имунизације	Лот. Бр.	Назив вакцине	Примедба/реакције
0				
3				
7				
14				
21				
28				

4. Контрола имунитета: Датум контроле: _____ Резултат: _____ (И.Ј/мл)

У _____
Датум подношења пријаве

МП

Презиме, име и факсимил
доктора медицине

*Попуњен образац послати у Завод за антирабичну заштиту - Пастеров завод, Нови Сад, Хајдук Вељкова 1, 21000 Нови Сад.
Копију пријаве послати Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, др Суботића 5, 11000 Београд.