

(подносилац пријаве: здравствена установа)

Место _____ Општина _____ Управни Округ _____ Република Србија

Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____

Ел. адреса: _____ Број под којим је заведена пријава _____

**ДОПУНСКА ПРИЈАВА - ОДЈАВА ТУБЕРКУЛОЗЕ И РЕЗИСТЕНЦИЈЕ
Mycobacterium tuberculosis**

_____ (Презиме) _____ (име једног родитеља) _____ (име) _____ ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ (Место рођења) _____ (Датум рођења) _____ Пол мушки -1 _____ женски -2 _____

Брачно стање _____ Телефон _____ Држављанство _____

Адреса _____ (место) _____ (улица и број) _____ (општина)

Школска спрема _____ Посао који обавља _____

Где је запослен или се школује _____
(за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП)

ДИЈАГНОЗА _____ ШИФРА МКБ _____

КЛАСИФИКАЦИЈА БОЛЕСТИ ПЛУЋНА ВАНПЛУЋНА → локализација _____

БОЛЕСТ УТВРЂЕНА БАКТЕРИОЛОШКИ: микроскопски КУЛТУРОМ КАВЕРНА Да Не

ПАТОХИСТОЛОШКИ КЛИНИЧКИ ОСТАЛО → _____

ТИП БОЛЕСНИКА: НОВОБОЛЕЛИ РЕЦИДИВ НЕУСПЕШНО ЛЕЧЕН ЛЕЧЕН ПОСЛЕ ПРЕКИДА ДОСЕЉЕН ОСТАЛИ _____ (навести)

РИЗИЧНЕ ГРУПЕ Контакт Социјално угрожени Бескућници Избеглице, расељена лица Остали _____

ТРАЈАЊЕ СИМПТОМА ДО ПОЧЕТКА ЛЕЧЕЊА _____ (број недеља) ДАТУМ ПОЧЕТКА ЛЕЧЕЊА _____

РАНИЈЕ УТВРЂЕНА ОБОЉЕЊА година обољевања БЦГ ИМУНИЗАЦИЈА НИВ ТЕСТИРАЊЕ Резултат НИВ ТЕСТА

ДИЈАБЕТЕС _____ Да Не Позитиван Негазиван Неизвестно

НИВ ИНФЕК. _____ Не Не Негазиван Неизвестно

АЛКОХОЛИЗАМ _____ Неизвестно Неизвестно Неизвестно

ДРУГО _____ (навести)

ХОСПИТАЛИЗОВАН НЕ ДА _____ Установа _____ Датум _____ број дана хоспитализације _____

ИСХОД ЛЕЧЕЊА: Датум _____ БАКТЕРИОЛОШКА ДИЈАГНОСТИКА И РЕЗИСТЕНЦИЈА

<input type="checkbox"/> ИЗЛЕЧЕН _____	Месеци	Датум	М	К (Low)	Р
<input type="checkbox"/> ЗАВРШЕНО ЛЕЧЕЊЕ _____	0				
<input type="checkbox"/> НЕУСПЕШНО ЛЕЧЕН _____	2				
<input type="checkbox"/> ПРЕКИНУТО ЛЕЧЕЊЕ _____	5				
<input type="checkbox"/> ОДСЕЉЕН У _____					
<input type="checkbox"/> УМРО ОД ТБ _____					
<input type="checkbox"/> УМРО ОД ДРУГЕ БОЛЕСТИ _____					
<input type="checkbox"/> ЛЕЧЕЊЕ У ТОКУ _____					

РЕЖИМ ЛЕЧЕЊА _____ ПАТРОНАЖНЕ ПОСЕТЕ _____ број _____

иницијална фаза _____ продужна фаза _____

КОНТАКТИ: укупно прегледано _____ оболело _____