

Завод / Институт за јавно здравље _____	Деловодни број: _____
(подносилац пријаве)	
Место _____ Општина _____ Управни округ _____ Република Србија	
Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____	
Ел. адреса: _____ Број под којим је заведена пријава _____	

ХИТНА ПРИЈАВА СУМЊЕ/ПОЈАВЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ ИЗ ГРУПЕ ЗООНОЗА

ПОДАЦИ О БОЛЕСНИКУ:	
_____ (име, име једног родитеља, презиме)	ЈМБГ []
[] (Датум рођења: дан, месец и година)	Пол: мушки <input type="checkbox"/> женски <input type="checkbox"/> Телефон _____
Држављанство _____ Адреса _____ (место, општина) _____ (улица и број) _____	
Посао који обавља _____ Где је запослен или се школује _____	
Дијагноза (латински) _____ Назив здравствене установе која је пријавила зоонозу _____	
Узрочник (латински) _____	
Шифра (МКБ) [] Датум приспеша пријаве у заводу/институт []	

ПОДАЦИ О СУМЊИ <input type="checkbox"/> БОЛЕСТИ <input type="checkbox"/> :
Клинички знаци/симптоми (навести _____)

Датум почетка болести: []
Датум постављања сумње/клиничке дијагнозе: []
Датум лабораторијске потврде дијагнозе: []
Назив лабораторије у којој је спроведено испитивање: _____
Да ли је пацијент хоспитализован? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
(ако је одговор да навести установу _____ Датум хоспитализације []
Смртни исход могуће повезан са зонозом <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Датум смрти []

Иницијална класификација случаја заразне болести у складу са дефиницијом случаја:
<input type="checkbox"/> Сумњив <input type="checkbox"/> Бероватан <input type="checkbox"/> Потврђен
Оболели је део епидемије: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато <input type="checkbox"/> У испитивању
Епидемиолошко испитивање: <input type="checkbox"/> У току <input type="checkbox"/> Завршено <input type="checkbox"/> испитивање није могуће*
(*разлог _____)
Епидемиолошки подаци (минимум: до сада познате или утврђене чињенице, сазнања о највероватнијем/доказаном извору заразе и путу преношења, предузете мере и епидемиолошка прогноза):

Датум подношења пријаве [| | | | |]

МП

_____ име и презиме, факсимил специјалисте епидемиолога