

Назив здравствене установе
Рег. број

**ПОТВРДА О ОБАВЉЕНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ПРЕГЛЕДУ И
ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ ТРАЖИОЦА АЗИЛА ПРИЛИКОМ
ПРИЈЕМА У ЦЕНТАР ЗА АЗИЛ ИЛИ ДРУГИ ОБЈЕКАТ
ЗА СМЕШТАЈ ТРАЖИЛАЦА АЗИЛА**

Тражилац азила _____ пол _____
Датум рођења _____ Место рођења _____
Земља рођења _____
Земља из које тренутно долази _____

ЗДРАВСТВЕНИМ ПРЕГЛЕДОМ УТВРЂЕНО ЈЕ СЛЕДЕЋЕ:

1. нема/има активну туберкулозу, RTG налаз _____
очитавање _____
 2. нема/има трбушни тифус
 3. нема/има паратифус
 4. нема/има друге салмонелозе
 5. нема/има шигелозе
 6. нема/има маларију
 7. нема/има колеру
 8. нема/има клицоноштво на: _____
 9. друге лабораторијске анализе:
SE _____ L _____ DKS _____
- Наведени прегледи указују на постојање неког инфективног обољења: ДА НЕ

I. АНАМНЕЗА

- подаци о здравственом стању
- ранија обољења и повреде
 - вакцинални статус

ВАКЦИНАЛНИ СТАТУС:

Вакцина	Нема података/ Несигурни подаци	Није вакцинисан	Вакцинисан	Непотпуно вакцинисан	Датум последње дозе
<u>DiTePer</u>					
<u>Polio</u>					
<u>MMR</u>					
<u>Haemophilus influenzae tip B</u>					
<u>Hepatitis B</u>					
<u>BCG ожилњак</u>					

II. ОБЈЕКТИВНИ ПРЕГЛЕД

Објективни налаз:

- Глава и врат _____

- Чуло вида (по потреби висус и фундус) _____

- Чуло слуха (шапат и гласан говор, по потреби аудиограм) _____

- Друга чула _____

- Кожа _____

- Плућа _____

- Срце (кардиоваскуларни апарат) _____

- Абдомен _____

- Урогенитални органи _____

- Ендокрини систем _____

- Екстремитети и кичмени стуб _____

- Нервни систем и психичко стање _____

III. ДИЈАГНОСТИЧКИ ПРЕГЛЕДИ

- Рендгенолошки налаз _____

- Лабораторијски и остали налази _____

- Остали налази и мишљења _____

IV. ЗАКЉУЧАК И МИШЉЕЊЕ

На основу обављених клиничких и лабораторијских прегледа који су обухваћени обавезним здравственим прегледом тражиоца азила које се смешта у Центар за азил или други објекат за смештај тражилаца азила, утврђено је да

(Име и презиме)

- не - болује од заразних болести _____ *
- не - излучује узрочнике заразних болести _____ *
- не - болује од других болести _____ *

Датум: _____

Место: _____

М.П.

Потпис и факсимил лекара

* Уписати шифру болести према МКБ 10