

Назив здравствене установе  
Рег. број

**ПОТВРДА О ОБАВЉЕНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ПРЕГЛЕДУ И ЗДРАВСТВЕНОМ  
СТАЊУ ЛИЦА КОЈЕ ТРАЖИ АЗИЛ ПРИЛИКОМ ПРИЈЕМА У ЦЕНТАР ЗА АЗИЛ**

Лице које тражи азил \_\_\_\_\_ пол \_\_\_\_\_

Датум рођења \_\_\_\_\_ Место рођења \_\_\_\_\_

Земља рођења \_\_\_\_\_

Земља из које тренутно долази \_\_\_\_\_

ЗДРАВСТВЕНИМ ПРЕГЛЕДОМ УТВРЂЕНО ЈЕ СЛЕДЕЋЕ:

1. нема/има активну туберкулозу, RTG налаз \_\_\_\_\_ читавање \_\_\_\_\_
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
DiTePer					
Polio					
MMR					
Haemophilus influenzae tip B					
Hepatitis B					
BCG ожиљак					

**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 лица које се смешта у Центар за азил, 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