

(подносилац пријаве)			
Место _____	Општина _____	Управни округ _____	
Улица и број: _____		Телефон: _____	Факс: _____
Ел. адреса: _____		Број под којим је заведена пријава _____	

**ПОЈЕДИНАЧНА ПРИЈАВА**  
\*видети упутство на полеђини обрасца

ПОДАЦИ О БОЛЕСНИКУ:	
_____ (Презиме, име једног родитеља и име)	ЈМБГ
_____ (место рођења)	_____ (датум рођења:дан, месец и година) Пол: мушки -1 женски-2
Телефон _____	Држављанство _____
Адреса становања _____	
_____ (место, општина)	_____ (улица и број)
Посао који обавља _____	
Где је запослен или се школује _____	
(за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП)	
Дијагноза обољења(латински) _____	
Узрочник (латински) _____	
Шифра (МКБ)	
ПОДАЦИ О БОЛЕСТИ:	
Клинички знаци/симптоми: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
Датум почетка болести:	
Датум постављања дијагнозе:	
Датум почетка лечења:	
Врста узорка за лаб. испитивање: <input type="checkbox"/> Крв <input type="checkbox"/> Фецес <input type="checkbox"/> Урин <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/> Спутум <input type="checkbox"/> Брис грла/носа	
<input type="checkbox"/> Брис ректума <input type="checkbox"/> Брис уретре <input type="checkbox"/> Брис цервикса	
<input type="checkbox"/> Друго(навести) _____ <input type="checkbox"/> Непознато	
Датум узорковања материјала за лабораторијско испитивање:	
Лабораторијски метод _____ Датум обављања лаб.испитивања:	
Резултат лабораторијског испитивања: _____	
Датум Ро испитивања:                         Ро налаз : уредан <input type="checkbox"/> патолошки <input type="checkbox"/>	
Вакцинални статус:	
1 <input type="checkbox"/> Потпуно вакцинисан/ревакцинисан Датум последње вакцинације/ревакцинације:	
2 <input type="checkbox"/> Непотпуно вакцинисан	
3 <input type="checkbox"/> Није вакцинисан	
9 <input type="checkbox"/> Непознато	
ОСТАЛИ ПОДАЦИ:	
Трудница <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	Број недеља трудноће: _____
Хоспитализација <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	Датум хоспитализације:
ако је одговор да, навести установу _____	Датум смрти:
Смртни исход <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	

МП

Датум подношења пријаве | | | | | | | | | | | |

Презиме, име и факсимил доктора медицине \_\_\_\_\_

Класификација случаја заразне болести у складу са дефиницијом случаја  
(попуњава спец. епидемиологије у надлежном заводу односно институту за јавно здравље)

- СУМЊИВ
- ВЕРОВАТАН
- ПОТВРЂЕН

\*Оболења или смрт од заразне болести утврђене чланом 5. Закона о заштити становништва од заразних болести „Службени гласник РС“, број 15/16

**Болести које се могу спречити имунизацијом**

**A 36** Difterija (*Diphtheria*),

**B 96.3** Болести узроковане hemofilusom influence групе В (*Haemophilus influenzae B cum causa morborum*) (укључујући **G 00.0** Запаљење мжданица, узročник *Haemophilus influenzae (Meningitis haemophilosa)*) **J 14** Запаљење плућа, узročник *Haemophilum influenzae (Pneumonia per Haemophilum influenzae)*),

**J 10 - J 11** Influenca/Grip укључујући influencu А(H1N1) (*Influenzae/Influenzae A (H1N1)*),

**B 05** Morbili/Male boginje (*Morbilli*),

**B 26** Parotitis/Zauške (*Parotitis*),

**A 37** Pertusis/Veliki kašalj (*Pertussis*),

**A 80** Poliomiјelitis/Dečja paraliza (*Poliomyelitis anterior acuta*),

**B 06** Rubela/Crvenka (*Rubella*), **P 35.0** kongenitalna rubela (*Syndroma rubellae congenitae*)

**B 03** Velike boginje (*Variola vera*),

**A 33 - A 35** Tetanus (*Tetanus*);

**Полно преносиве болести**

**A 55** *Lymphogranuloma venereum* и **A 56** Polne infekcije uzrokovane hlamidijom (*Morbi sexuales per Chlamydiam trachomatis transmissi*)

**A50-A53** Sifilis (*Syphilis*), укључујући и kongenitalni sifilis

**A 54** Gonokokne infekcije (*Infectio gonococcica*),

**Z 21, B 20-B 24** Infekcija uzrokovana virusom humane imunodeficiјencije (*HIV infectio*) и *Morbus HIV (sindrom stečenog imunološkog deficita-AIDS)*

**Вирусни хепатитиси**

**B 15** Hepatitis A (*Hepatitis A*),

**B 16** и **B 18.1** Hepatitis B (*Hepatitis B acuta, Hepatitis B chronica*),

**B 17.1** и **B 18.2** Hepatitis C (*Hepatitis C acuta, Hepatitis C chronica*);

**Болести које се преносе храном и водом и болести узроковане окружењем (животном средином)**

**A 22** Antraks (*Anthrax*),

**A 05.1** Botulizam (*Botulismus*),

**A 04.5** Kampilobakterioza (*Campylobacteriosis*),

**A 07.2** Kriptosporidioza (*Cryptosporidiosis*),

**A 07.1** Lambliaza (*Lablasis*),

**A 04.3** Infekcija uzrokovana enterohemoragijskom E. coli (*Infectio intestinalis per E. Coli enterohaemorrhagicam*),

**A 27** Leptospiroza (*Leptospirosis*),

**A 32** Listerioza (*Listeriosis*),

**A01-A02** Salmoneloza (*Salmonellosis*),

**A 03** Šigeloza (*Shigellosis*),

**B 58** Toksoplazmoza (*Toxoplasmosis*),

**B 75** Trihineloza (*Trichinelosis*),

**A 04.6** Јерсиниоза (*Yersinosis*);

**Остале болести**

(1) Болести које се преносе неконвencionалним узročnicima

**A 81.0** Заразне spongioformne encefalopatije, varijanta Krojcfeld-Jakobsove болести,

(2) Болести које се преносе vazduhom

**A 48.1** Legioneloza (*Legionellosis*)

**A 39** Meningokokna болест (invazivna болест) (*Morbus Meningococcica*)

**B95.3** Pneumokokne infekcije (invazivna bolest) (*Infectio Pneumococcica*) (uključujući **G 00.1** zapaljenje moždaniца, uzročnik pneumokok (*Meningitis pneumococcica*); **J 13** zapaljenje pluћа, uzročnik *Streptococcus pneumoniae* (*Pneumonia pneumococcica*)), **A 15 - A 19** Tuberkuloza (*Tuberculosis*)

**U04.9** Težak akutni respiratorni sindrom (*SARS*)

(3) Zoonoze - osim onih navedenih u (4)

**A 23** Bruceloza (*Brucellosis*)

**B 67** Ehinokokoza (*Echinococcosis*)

**A 82** Besnilo (*Rabies*)

**A 78 Q** groznica (*Q-febris*)

**A 21** Tularemija (*Tularaemia*)

- Avijarna influenza kod ljudi (*Avian influenzae*)

**A92.3** Infekcija uzrokovana virusom Zapadnog Nila (*Febris West Nile*)

**A 98.5** Hemoragijska groznica sa bubrežnim sindromom (*Febris haemorrhagica cum syndroma renali*)

(4) Ozbiljne uvezene bolesti

**A 00** Kolera (*Cholera*)

**B 50 - B 54** Malaria (*Malaria*)

**A 20** Kuga (*Pestis*)

**A95-A99** Virusne hemoragične groznice (*Viral haemorrhagic fever*),

**A 95** жута грозница (*Febris flava*)

**A 96.2** Умарајућа грозница (*Febris lassa*)

**A 98.0** Кримска Конго хеморагичка грозница (*Febris haemorrhagica Crimeana-Congo*)

**A 98.3** Марбуршка болест (*Morbus viralis Marburg*)

**A 98.4** Ебола болест (*Morbus viralis Ebola*)

**A98.5** Hemoragična groznica s bubrežnim sindromom (*Febris haemorrhagica cum syndromate renali*)

(5) Bolesti koje se prenose vektorima

**A 84** Krpeljski encefalitis (*Encephalitis viralis ixodibus*);

(подносилац пријаве)		
Место _____	Општина _____	Управни округ _____
Улица и број: _____	Телефон: _____	Факс: _____
Ел. адреса: _____	Број под којим је заведена пријава _____	

### ПРИЈАВА СУМЊЕ НА ЗЛОУПОТРЕБУ БИОЛОШКОГ АГЕНСА

\* видети упутство на полеђини обрасца

ПОДАЦИ О БОЛЕСНИКУ ИЛИ ЛОКАЦИЈИ ДОГАЂАЈА:		
_____		ЈМБГ   _____
(Презиме, име једног родитеља и име)		
_____	_____	Пол: мушки-1 женски-2   _____
(место рођења)		(датум рођења: дан, месец и година)
Телефон _____	Држављанство _____	
Посао који обавља _____		
Где је запослен или се школује _____		
(за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП, за локацију врста и тип објекта који се ту налази)		
*Адреса _____		
(улица и број)		(место, општина)
*У случају сумње на локацијски догађај податке унети од поља адреса на ниже		

Дијагноза(латински) _____
Узрочник (латински) _____
Шифра (МКБ)   _____

ПОДАЦИ О БОЛЕСТИ/АГЕНСУ:	
Клинички знаци/симптоми: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
Датум почетка болести-догађаја: _____	
Датум постављања дијагнозе: _____	
Врста узорка за лаб. испитивање: <input type="checkbox"/> Крв <input type="checkbox"/> Фецес <input type="checkbox"/> Урин <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/> Спутум	
<input type="checkbox"/> Брис ректума <input type="checkbox"/> Брис уретре <input type="checkbox"/> Брис цервикса <input type="checkbox"/> Брис грла	
<input type="checkbox"/> Друго( <i>навести</i> ) _____	
<input type="checkbox"/> Непознато	
Датум узорковања материјала за лабораторијско испитивање: _____	
Лабораторијски метод _____	Датум обављања лаб.испитивања: _____
Резултат лабораторијског испитивања: _____	
Датум Ро испитивања: _____	Ро налаз: уредан <input type="checkbox"/> патолошки <input type="checkbox"/>
Датум почетка лечења _____	
Вакцинални статус (за поједнице):	
1 <input type="checkbox"/> Потпуно вакцинисан/ревакцинисан	Датум последње вакцинације/ревакцинације: _____
2 <input type="checkbox"/> Непотпуно вакцинисан	
3 <input type="checkbox"/> Није вакцинисан	
9 <input type="checkbox"/> Непознато	

ОСТАЛИ ПОДАЦИ:	
Трудница: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Број недеља трудноће: _____	
Хоспитализација: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(ако је одговор да навести установу _____ Датум хоспитализације: _____	
Број хоспитализованих особа у случају догађаја: _____	
Смртни исход: _____	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
Датум смрти: _____	
Основни узрок смрти _____	
Број умрлих у случају догађаја _____	

Датум подношења пријаве | \_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_

Презиме, име и факсимил доктора медицине

\*Пријаву сумње на злоупотребу биолошког агенса врши доктор медицине специјалиста епидемиолог/инфектолог.

Сумња на злоупотребу биолошког агенса може се поставити ако је:

	да	не
Повећан број оболелих особа са сличном симптоматологијом		
Повећан број случајева неразјашњених болести и/или синдрома		
Повећан број смртних случајева неразјашњених узрока		
Појава неуобичајне болести у популацији		
Више од очекиваног броја оболелих особа од познате болести или синдрома		
Више од очекиваног броја умирлих особа од познате болести или синдрома		
Неуспех лечења уобичајних болести стандардним протоколом		
Појединачни случај болести узроковане неуобичајним агенсом		
Појава болести са неуобичајном географском или сезонском дистрибуцијом		
Вишеструка атипична презентација болести утврђеног изазивача		
Присуство сличног генотипа изазивача код резервоара који су временски и просторно различити		
Необјашњиво повећање новоболелих од већ постојеће ендемске болести		
Истовремена појава груписања оболелих од сличне болести у више територијално неповезаних регија (у земљи и/или иностранству)		
Сумња на атипични пренос узрочника храном, водом или аеросолом		
Појава већег броја оболелих особа у исто време (или у врло кратком временском периоду)		
Појава угинућа или обољевања међу животињама која претходи или је праћена оболевањем или смртним исходима код људи (која није објашњена другим узроком)		

(подносилац пријаве)

Место \_\_\_\_\_ Општина \_\_\_\_\_ Управни округ \_\_\_\_\_ Република Србија  
 Улица и број: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_  
 Ел. адреса: \_\_\_\_\_ Број под којим је заведена пријава \_\_\_\_\_

## ПРИЈАВА ЕПИДЕМИЈЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Обољење које се појавило у епидемијској форми:

Дијагноза (латински) \_\_\_\_\_

Шифра (МКБ-важећа) 

--	--	--	--

Датум почетка епидемије \_\_\_\_\_ Датум откривања епидемије \_\_\_\_\_ Датум подношења пријаве \_\_\_\_\_

Место у ком се јавила епидемија \_\_\_\_\_ Број становника \_\_\_\_\_

Захваћена групација (школа - разред и одељење; деџа установа; колектив; породица; и др.) \_\_\_\_\_

(место, улица и број)

Број: експонираних \_\_\_\_\_; оболелих \_\_\_\_\_; хоспитализованих \_\_\_\_\_; умрлих \_\_\_\_\_; сумњивих \_\_\_\_\_;

Извор заразе: утврђен - неутврђен

Пут преношења:

храна: \_\_\_\_\_ шифра\*\* \_\_\_\_\_

вода за пиће:	ДА	НЕ	1. Објекат за јавно снабдевање водом	2. Индивидуални водни објекат
контакт:	ДА	НЕ		
инокулација:	ДА	НЕ		
аерогени:	ДА	НЕ		
трансмисивни:	ДА	НЕ		
неутврђен:	ДА	НЕ		

Узрочник: - у испитивању - није доказан - шифра етиолошког агенса \*\*\*: \_\_\_\_\_  
 - доказан - није испитиван

Клинички знаци \_\_\_\_\_

Предузете мере \_\_\_\_\_

Епидемиолошка прогноза заснована на досадашњим испитивањима \_\_\_\_\_

Неопходна помоћ: (у кадровима, опреми и средствима) \_\_\_\_\_

У \_\_\_\_\_

Датум подношења пријаве \_\_\_\_\_

Презиме, име и факсимил  
доктора медицине - епидемиолога

МП \_\_\_\_\_

\* Шифре за намирнице (вехикле) дате су на полеђини пријаве (страна 2)

\*\* Шифре за етиолошке агенсе дате су на полеђини пријаве (страна 2)

Шифре за намирнице (вехикле)*	Шифре за етиолошке агенсе **
01 млеко	100 бактерије и њихови токсини
02 млечни производи, изузев 03 и 04	101 <i>B. cereus</i>
03 сир	102 <i>Brucella</i>
04 бутер	103 <i>Campylobacter</i>
05 јаја и производи од јаја/производи од јаја	104 <i>Cl. botulinum</i>
06 месо од топлокрв. животиња	105 <i>Cl. perfringens</i>
060100 говедина	106 <i>E. coli</i>
060800 телетина	107 <i>F. tularensis</i>
061500 свињетина	108 <i>Klebsiella</i>
063200 јагњетина	109 <i>Mycobacteria</i>
063500 пилетина	110 <i>Pseudomonas</i>
063800 ћуретина	111 <i>S. typhi</i> i <i>paratyphi</i> A.B.C.
063900 друга живина	112 <i>druge Salmonellae (serotip)</i>
070000 месни производи, осим 080000	113 <i>Shigella (grupa)</i>
080000 виршле	114 <i>Staphylococcus aureus</i>
100000 риба	115 <i>Streptococcus faecalis</i>
110000 рибљи производи/производи од рибљег меса	116 <i>Vibrio cholerae</i> и сродни вибриони
120000 љускари, морске животиње	117 <i>Vibrio parahaemolyticus</i>
200000 мајонез, салате са мајонезом и др.	118 <i>Yersinia enterocolitica</i>
200400 месна салата/салате са месом	190 Друге бактерије
200500 рибља салата/салате са рибом	200 Паразити и протозое
200800 кромпир салата/салате са кромпиром	208 <i>Trichinella spiralis</i>
210000 пудинг, крем итд.	300 Вируси и рикетије
	400 Токсичне животиње
	500 Токсичне биљке
	600 Микотоксини итд.

(подносилац пријаве)

Место \_\_\_\_\_ Општина \_\_\_\_\_ Управни округ \_\_\_\_\_ Република Србија  
 Улица и број: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_  
 Ел. адреса: \_\_\_\_\_ Број под којим је заведена пријава \_\_\_\_\_

## ОДЈАВА ЕПИДЕМИЈЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Обољење које се појавило у епидемијској форми:

Дијагноза (латински) \_\_\_\_\_

Шифра (МКБ-важећа) 

--	--	--	--

Датум почетка епидемије \_\_\_\_\_ Датум откривања епидемије \_\_\_\_\_ Датум завршетка пријаве \_\_\_\_\_

Место у ком се јавила епидемија \_\_\_\_\_ Број становника \_\_\_\_\_

Захваћена групација (школа - разред и одељење; дечја установа; колектив; породица; и др.) \_\_\_\_\_

(место, улица и број)

Број: експонираних \_\_\_\_\_; оболелих \_\_\_\_\_; хоспитализованих \_\_\_\_\_; умрлих \_\_\_\_\_; сумњивих \_\_\_\_\_;

Извор заразе: утврђен - неутврђен

Пут преношења:

храна: \_\_\_\_\_ шифра\*\* \_\_\_\_\_

вода за пиће:      ДА    НЕ      1. Објекат за јавно снабдевање водом      2. Индивидуални водни објекат

контакт:            ДА    НЕ

инокулација:      ДА    НЕ

аерогени:          ДА    НЕ

трансмисивни:    ДА    НЕ

неутврђен:        ДА    НЕ

Узročник: латински \_\_\_\_\_ шифра етиолошког агенса \*\*\* \_\_\_\_\_

Потврда референтне лабораторије: ДА    -    НЕ

Спроведене мере: \_\_\_\_\_

Предложене мере за трајно отклањање опасности \_\_\_\_\_

Оболели по полу и узрасту:

УЗРАСТ ОБОЛЕЛИХ У ГОДИНАМА

Пол	УЗРАСТ ОБОЛЕЛИХ У ГОДИНАМА																Укупно
	Мање од 1 године	навршена 1 година	2	3	4	5	6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	≥60		
М																	
Ж																	
У																	

Други познати подаци значајни за појаву и ширење епидемије и о спроведеним мерама \_\_\_\_\_

У \_\_\_\_\_

Датум подношења одјаве \_\_\_\_\_

МП \_\_\_\_\_

Презиме, име и факсимил  
доктора медицине - епидемиолога \_\_\_\_\_

\* Шифре за намирнице (вехикле) дате су на полеђини пријаве (страна 2)

\*\* Шифре за етиолошке агенсе дате су на полеђини пријаве (страна 2)



Шифре за намирнице (вехикле)*	Шифре за етиолошке агенсе **
01 млеко	100 бактерије и њихови токсини
02 млечни производи, изузев 03 и 04	101 <i>B. cereus</i>
03 сир	102 <i>Brucella</i>
04 бутер	103 <i>Campylobacter</i>
05 јаја и производи од јаја/производи од јаја	104 <i>Cl. botulinum</i>
06 месо од топлокрв. животиња	105 <i>Cl. perfringens</i>
060100 говедина	106 <i>E. coli</i>
060800 телетина	107 <i>F. tularensis</i>
061500 свињетина	108 <i>Klebsiella</i>
063200 јагњетина	109 <i>Mycobacteria</i>
063500 пилетина	110 <i>Pseudomonas</i>
063800 ћуретина	111 <i>S. typhi</i> i <i>paratyphi</i> A.B.C.
063900 друга живина	112 <i>druge Salmonellae (serotip)</i>
070000 месни производи, осим 080000	113 <i>Shigella (grupa)</i>
080000 виршле	114 <i>Staphylococcus aureus</i>
100000 риба	115 <i>Streptococcus faecalis</i>
110000 рибљи производи/производи од рибљег меса	116 <i>Vibrio cholerae</i> и сродни вибриони
120000 љускари, морске животиње	117 <i>Vibrio parahaemolyticus</i>
200000 мајонез, салате са мајонезом и др.	118 <i>Yersinia enterocolitica</i>
200400 месна салата/салате са месом	190 Друге бактерије
200500 рибља салата/салате са рибом	200 Паразити и протозое
200800 кромпир салата/салате са кромпиром	208 <i>Trichinella spiralis</i>
210000 пудинг, крем итд.	300 Вируси и рикетије
	400 Токсичне животиње
	500 Токсичне биљке
	600 Микотоксини итд.

Место \_\_\_\_\_ Општина \_\_\_\_\_ (подносилац пријаве) Управни округ \_\_\_\_\_  
 Улица и број: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_  
 Ел. адреса: \_\_\_\_\_ Број под којим је заведена пријава \_\_\_\_\_

ПОЈЕДИЧАЧНА ПРИЈАВА ОБОЛЕВАЊА, ОДНОСНО СМРТИ ОД  
 ВИРУСНОГ ХЕПАТИТИСА Б ИЛИ ХЕПАТИТИСА Ц

ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ:

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 ) \_\_\_\_\_  
 Посао који обавља \_\_\_\_\_  
 Запослен у или се школује \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП)  
 Држављанство \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_  
 Трудница  Да  Не  Непознато Број недеља трудноће: \_\_\_\_\_

КЛИНИЧКИ ПОДАЦИ:

Акутна HBV или HCV инфекција са дискретним симптомима/жутицом: да-1 не-2 непознато-9 | \_\_\_\_\_ |  
 Ако је одговор да, Датум почетка првих симптома/знакова:   /   /      
 Датум дијагностиковања:   /   /      
 Хронична HBV или HCV инфекција: да-1 не-2 непознато-9 | \_\_\_\_\_ |  
 Ако је одговор да, Датум дијагностиковања:   /   /      
 Компликације : Цироза да-1 не-2 непознато-9 | \_\_\_\_\_ |  
 Хепатоцелуларни карцином да-1 не-2 непознато-9 | \_\_\_\_\_ |  
 Да ли је пацијент хоспитализован: да-1 не-2 непознато-9 | \_\_\_\_\_ |  
 Ако јесте, назив установе \_\_\_\_\_ Датум хоспитализације:   /   /      
 Смртни исход: да-1 не-2 непознато-9 | \_\_\_\_\_ | Датум смрти:   /   /      
 Основни узрок смрти: \_\_\_\_\_

**ПОДАЦИ О ЛАБОРАТОРИЈСКИМ НАЛАЗИМА (молимо Вас да одговорите на свако питање):**

**Лабораторијски налази за ХЕПАТИТИС Б:**

Површински антиген вируса хепатитиса Б (HBs Ag)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9  __
е- антиген вируса хепатитиса Б (HBe Ag)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9  __
антитела класе IgM на антиген језгра HBV (IgM anti-HBc)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9  __
нуклеинска киселина вируса хепатитиса Б (PCR HBV DNK)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9  __
антитела на површински антиген HBV (Anti-HBs)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9  __
антитела на антиген језгра HBV (Anti-HBc)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9  __
серумски ALT >200	да-1	не -2	непознато-9  __

**Лабораторијски налази за ХЕПАТИТИС Ц:**

анти -HCV антитела	позитиван-1	негативан-2	непознато-9  __
потврдни Имупо blot HCV тест	позитиван-1	негативан-2	непознато-9  __
антиген језгра вируса хепатитиса Ц (HCV-core Ag)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9  __
нуклеинска киселина вируса хепатитиса Ц (PCR HCV RНК)	позитиван-1	негативан-2	непознато-9  __
серумски ALT >200	да-1	не -2	непознато-9  __

**УДРУЖЕНА HIV ИНФЕКЦИЈА:**

Да ли је пацијент тестиран на HIV? да-1 не -2 непознато-9 |\_\_|

Датум тестирања: □□ /□□ /□□□□

Врста теста:  ELISA/Mini Vidas test  Western Blot  брзи HIV тест  PCR HIV RНК тест

Резултат HIV теста: позитиван-1 негативан-2 непознато-9 |\_\_|

**ВАКЦИНАЛНИ СТАТУС за ХЕПАТИТИС Б:**

Потпуно вакцинисан/ревакцинисан -1 Датум последње вакцинације/ревакцинације: □□ /□□ /□□□□

Непотпуно вакцинисан-2

Није вакцинисан-3

Непознато - 9

М.П.

Датум подношења пријаве

Потпис и факсимил доктора медицине

□□ /□□ /□□□□

\_\_\_\_\_

(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: \_\_\_\_\_ (kg) 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./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 Велјекова 1, 21000 Нови Сад.  
Копију пријаве послати Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, др Суботића 5, 11000 Београд.

(подносилац пријаве)

Место \_\_\_\_\_ Општина \_\_\_\_\_ Управни округ \_\_\_\_\_

Улица и број: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_

Ел. адреса: \_\_\_\_\_ Број под којим је заведена пријава \_\_\_\_\_

## ПОЈЕДИНАЧНА ПРИЈАВА ОБОЉЕЊА, (СМРТИ) ОД МАЛАРИЈЕ И НОСИЛАШТВА УЗРОЧНИКА МАЛАРИЈЕ

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 )

Занимање \_\_\_\_\_ Зaposлен / школује се у \_\_\_\_\_

(за предшколску децу назив установе, за војна лица број ВП)

Држављанство \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Трудница  Да  Не  Непознато Број недеља трудноће: \_\_\_\_\_

Земље у којима је боравио: \_\_\_\_\_ време боравка: од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Земља из које је дошао \_\_\_\_\_ Датум доласка у Србију \_\_\_\_\_

Датум обољевања \_\_\_\_\_

Анамнеза маларије \_\_\_\_\_

Дијагноза обољења (латински) \_\_\_\_\_ шифра \_\_\_\_\_

Разлог боравка у маларичном подручју

- 1) привремен рад
- 2) посета земљи свог порекла
- 3) члан посаде (брода, авиона, војна служба), хуманитарни радници
- 4) службено или туристичко путовање (до седам дана)
- 5) остало

Хемиопрофилактика против маларије примењена:	пре одласка	Да	Не
	за време боравка	Да	Не
	по повратку у земљу	Да	Не

У случају потврдног одговора:

Назив лека \_\_\_\_\_ учесталост давања \_\_\_\_\_ 1) редовно 2) нередовно

Назив лека \_\_\_\_\_ учесталост давања \_\_\_\_\_ 1) редовно 2) нередовно

Назив лека \_\_\_\_\_ учесталост давања \_\_\_\_\_ 1) редовно 2) нередовно

Назив лека \_\_\_\_\_ учесталост давања \_\_\_\_\_ 1) редовно 2) нередовно

Назив лека \_\_\_\_\_ учесталост давања \_\_\_\_\_ 1) редовно 2) нередовно

Начин постављања дијагнозе: 1) густ кап, размаз; 2) серолошки; 3) клинички;

Врста паразита: 1) *P. falciparum*; 2) *P. vivax*; 3) *P. malariae*; 4) *P. ovale*; 5) мешана инф.

Време, дужина хоспитализације и начин лечења:

---

---

Исход случаја: 1) опорављен; 2) паразитиноша; 3) умро; 4) непознат

Примедба:

---

---

у \_\_\_\_\_

Датум подношења пријаве

МП

Презиме, име и факсимил  
доктора медицине

\_\_\_\_\_ (подносилац пријаве) \_\_\_\_\_ одељење/служба

Место \_\_\_\_\_ Општина \_\_\_\_\_ Управни Округ \_\_\_\_\_ Република Србија

Улица и број: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_

Ел. адреса: \_\_\_\_\_ Број под којим је заведена пријава \_\_\_\_\_

**ПРИЈАВА БОЛНИЧКЕ ИНФЕКЦИЈЕ (БИ)**

\_\_\_\_\_ ЈМБГ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Презиме, име једног родитеља и име) \_\_\_\_\_ Пол: М- 1 Ж- 2

\_\_\_\_\_ (место рођења) \_\_\_\_\_ (дан, месец и година рођења) \_\_\_\_\_

Адреса становања \_\_\_\_\_ (место, општина, улица и број) \_\_\_\_\_

Хоспитализација ДА -1 НЕ- 2

Датум пријема у болницу: \_\_\_\_\_ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Разлог хоспитализације (клиничка дијагноза/МКБ) \_\_\_\_\_ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Врста БИ (види класификацију на полеђини пријаве) \_\_\_\_\_ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Датум настанка БИ \_\_\_\_\_ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

БИ настала: на истом одељењу - 1 \_\_\_\_\_  
на другом одељењу - 2 \_\_\_\_\_ (уписати назив одељења)  
у другој здравственој установи -3 \_\_\_\_\_  
(уписати назив здравствене установе) \_\_\_\_\_

Узорак за микробиолошко испитивање узет у току БИ: ДА -1 НЕ- 2

Врста узорка \_\_\_\_\_

Резултат/узрочник БИ: \_\_\_\_\_

Резистентност узрочника (приложити копију антибиограма)

У \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Датум подношења пријаве

МП

\_\_\_\_\_ Презиме, име и факсимил  
доктора медицине



КЛАСИФИКАЦИЈА БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА  
(ИНФЕКЦИЈА ПОВЕЗАНИХ СА ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ)  
ПРЕМА АНАТОМСКОЈ ЛОКАЛИЗАЦИЈИ

БИ код	Локализација	БИ код	Локализација
ИОМ	Инфекција оперативног места	ОУНГ	Инфекција ока, уха, носа, грла или усне дупље
ПН	Пнеумонија	КВС	Инфекција кардиоваскуларног система
ПНИ	Пнеумонија повезана са интубацијом	ЦНС	Инфекција централног нервног система
ИМС	Инфекција мокраћног система	ИВ	Инфекције система за варење
ИК	Инфекција крви	ПОЛ	Инфекција полног система
ИК-ВК	Инфекција крви удружена са васкуларним катетером	ИКМТ	Инфекције коже и меких ткива
КЗ	Инфекција костију и зглобова	СИС	Системске инфекције
ИДД	Инфекција доњег дела система за дисање изузев пнеумонија		

НОВО	Посебне дефиниције случајева код новорођенчади
НОВО-КС	Клиничка сепса
НОВО-МПИК	Микробиолошки потврђене инфекција крви
НОВО-МПИК-КНС	Микробиолошки потврђена инфекција крви са коагулаза негативним стафилококом (КНС)
НОВО-ПНЕУ	Пнеумонија
НОВО-НЕК	Некротизирајући ентероколитис



(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:  НОВООБОЛЕЛИ  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 ОБОЛЕЊА година обољевања БЦГ ИМУНИЗАЦИЈА НИВ ТЕСТИРАЊЕ Резултат НИВ ТЕСТА

ДИЈАБЕТЕС  НИВ ИНФЕК.  АЛКОХОЛИЗАМ  ДРУГО \_\_\_\_\_

Да  Не  Непознато  Да  Не  Непознато  Позитиван  Негативан  Непознато

(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  иницијална фаза  продужна фаза

ПАТРОНАЖНЕ ПОСЕТЕ број

КОНТАКТИ: укупно прегледано  оболело

ДАТУМ ПРИЈАВЕ \_\_\_\_\_  
ДАТУМ ОДЈАВЕ \_\_\_\_\_

МП

\_\_\_\_\_ Презиме, име и факсимил доктора медицине

(подносилац пријаве)

Место \_\_\_\_\_ Општина \_\_\_\_\_ Управни округ \_\_\_\_\_  
 Улица и број: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_  
 Ел. адреса: \_\_\_\_\_ Број под којим је заведена пријава \_\_\_\_\_

**ПОЈЕДИНАЧНА ПРИЈАВА НОСИЛАШТВА АНТИТЕЛА НА HIV (*HIV INFECTIO*),  
 ОБОЛЕВАЊА ОД *MORBUS HIV-a (AIDS)*, ОДНОСНО СМРТИ за лица старија од 15 година**

## ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ:

\_\_\_\_\_ ЈМБГ | \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Презиме, име једног родитеља и име)  
 \_\_\_\_\_ (место рођења) \_\_\_\_\_ (дан, месец и година рођења) Пол: мушки -1 женски -2 | \_\_\_\_\_  
 Телефон \_\_\_\_\_ Држављанство (за странце) \_\_\_\_\_  
 Адреса \_\_\_\_\_ (место, општина) \_\_\_\_\_ (улица и број)  
 Земља боравка у време дијагностиковања HIV инфекције \_\_\_\_\_  
 Посао који обавља \_\_\_\_\_  
 Где је запослен или се школује \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (за војна лица број ВП)

## ЛАБОРАТОРИЈСКИ И КЛИНИЧКИ ПОДАЦИ:

Датум последњег анти-HIV негативног теста: \_\_\_\_\_  
 Датум постављања лабораторијске дијагнозе HIV инфекције: \_\_\_\_\_  
 Врста лабораторијског метода (навести:ELISA, Mini Vidas, Rapid ,WB test, и др.): \_\_\_\_\_  
 Датум првог CD4 теста: \_\_\_\_\_ Вредност CD4 теста (бр. ћелија/□): \_\_\_\_\_  
 Датум првог PCR HIV RNK теста: \_\_\_\_\_ Вредност PCR HIV RNK теста (бр. копија/ml): \_\_\_\_\_  
 Клинички статус :  Акутна HIV инфекција (навести начин дијагностиковања: \_\_\_\_\_)  
 Асимптоматска HIV инфекција  
 Симтоматска HIV инфекција, али није AIDS  
 Клинички AIDS  
 Датум дијагностиковања AIDS-а: \_\_\_\_\_  
 Дијагностиковане AIDS индикативне болести\* : 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 Комбинована АРВ терапија:  није уведена-2  уведена-1 Датум увођења АРТ: \_\_\_\_\_  
 Да ли је пацијент хоспитализован?  Да  Не  
 (Ако је одговор ДА, навести установу \_\_\_\_\_ ; Датум хоспитализације: \_\_\_\_\_  
 Да ли је пацијент умро?  Да  Не Датум смрти: \_\_\_\_\_  
 Узрок смрти:  AIDS  Основна болест (навести) \_\_\_\_\_  
 Друго (навести) \_\_\_\_\_

## ПОДАЦИ О НАЧИНУ ТРАНСМИСИЈЕ:

Начин преношења HIV-а:  
 употреба дрога ињектирањем  
 примање фактора коагулације (хемофиличар)  
 секс мушкарца са мушкарцем (хомо или бисексуална особа)  
 хетеросексуални контакт са:  ињектирајућим корисником дрога;  бисексуалним мушкарцем (само за жене);  
 партнером из земље са генерализованом HIV епидемијом  
 остало (навести) \_\_\_\_\_  није познато  
 примање трансфузије крви/транспакнатија и сл.: датум првог примања \_\_\_\_\_  
 датум последњег примања \_\_\_\_\_  
 друго (навести) \_\_\_\_\_  
 није утврђен/непознато

ПОДАЦИ О ДРУГИМ ИНФЕКЦИЈАМА:

Акутни вирусни хепатитис Б (IgM anti-HBc)  да  не  непознато  
HBs Ag тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознато  
Anti-HBs антитела тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознато  
Анти- HCV антитела тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознато  
PCR HCV RНК тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознато  
Сифлис тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознато  
Генитална хламидијаза тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознато  
Туберкулоза (латентна) тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознато

ОСТАЛИ ПОДАЦИ (само за особе женског пола):

Трудница  Да  Не  Непознато Ако је одговор да, навести број недеља трудноће \_\_\_\_\_

Да ли пацијенткиња има живорођено дете/децу  Да  Не  Непознато

Ако је одговор да, број трудноћа \_\_\_\_\_; број порођаја \_\_\_\_\_;

Датум последњег порођаја \_\_\_\_\_; Здравствена установа и место \_\_\_\_\_;

Презиме, име једног родитеља и име детета \_\_\_\_\_

МП

Датум подношења пријаве

Потпис и факсимил доктора медицине

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Болест индикативне за АИДС, према Европској дефиницији АИДС – из 1993. године

А.ОПОРТУНИСТИЧКЕ ИНФЕКЦИЈЕ

- 1 = Bakterijske infekcije, multiple ili rekurente u dece mlade od 13 godina
- 2 = Kandidijaza bronha, traheje ili pluća
- 3 = Kandidijaza ezofagusa
- 4 = Kokcidioidomikoza - diseminirana ili ekstrapulmonalna
- 5 = Kriptokokoza - ekstrapulmonalna
- 6 = Kriptosporidijaza - hronična crevna (trajanja > 1 mesec)
- 7 = Citomegalovirusna bolest (osim jetre, slezene i limfnih čvorova) kod bolesnika starijeg od mesec dana
- 8 = Citomegalovirusni retinitis (s gubitkom vida)
- 9 = Herpes simpleks - hronični ulkus(i) (trajanja>1 mesec), ili bronhitis, pneumonitis,ezofagitis kod bolesnika starijeg od mesec dana
- 10= Histoplazmoza - diseminirana ili ekstrapulmonalna
- 11= Izosporijaza - hronična crevna (trajanja>1 mesec)
- 12= Mycobacterium avium kompleks ili M. kansasii - diseminirana iliekstrapulmonalna
- 13= Mycobacterium tuberculosis (pulmonalna\*) - bilo koje lokalizacije kod osoba starijih od 13 godina
- 14= Mycobacterium tuberculosis (ekstrapulmonalna) - bilo koje lokalizacije
- 15= Mycobacterium druge ili nedefinirane vrste - diseminirana ili ekstrapulmonalna
- 16= Pneumonija uzrokovana parazitom Pneumocystis carinii
- 17= Pneumonija (recidivirajuda\*) kod osobe starije od 13 godina
- 18= Progresivna multifokalna leukoencefalopatija
- 19= Sepsa uzrokovana salmonelama (recidivirajuda)
- 20= Toksoplazmoza mozga kod bolesnika starijeg od mesec dana

Б. ОСТАЛЕ БОЛЕСТИ

- 21= Karcinom cerviksa (invazivni\*) kod osobe starije od 13 godina
- 22= HIV-encefalopatija
- 23= Kaposijev sarkom
- 24= Limfoidna intersticijska pneumonija u dece mlade od 13 godina
- 25= Burkittov limfom
- 26= Imunoblastični limfom (ili ekvivalentan naziv)
- 27= Primarni limfom centralnog nervnog sistema
- 28= Sindrom propadanja uzrokovan HIV-om

Ц. ИНДИКАТОРИ БОЛЕСТИ СА НЕПОТПУНИМ ИНФОРМАЦИЈАМА (примењиво само у случају да недостају детаљне информације)

- 30= Oportunističke infekcije, nespecificirane
- 31= Limfom, nespecificirani

(подносилац пријаве)			
Место _____	Општина _____	Управни округ _____	
Улица и број: _____	Телефон: _____	Факс: _____	
Ел. адреса _____	Број под којим је заведена пријава _____		

**ПОЈЕДИНАЧНА ПРИЈАВА НОСИЛАШТВА АНТИТЕЛА НА HIV (HIV INFEKTIO),  
ОБОЛЕВАЊА ОД MORBUS HIV-а (AIDS), ОДНОСНО СМРТИ за децу млађу од 15 година**

ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ:			
_____		ЈМБГ   _____	
(Презиме, име једног родитеља и име)			
_____	_____	Пол: мушки -1 женски -2   _____	
(место рођења)		(дан, месец и година рођења)	
Телефон родитеља _____	Држављанство (за странце) _____		
Адреса _____			
(место, општина)		(улица и број)	
Земља боравка у време дијагностиковања HIV инфекције _____			
Где се школује _____			

ЛАБОРАТОРИЈСКИ И КЛИНИЧКИ ПОДАЦИ:	
PCR HIV DNK тест : <input type="checkbox"/> позитиван <input type="checkbox"/> негативан <input type="checkbox"/> није тестиран/непознато Датумпоследњег:   _____	
Датум постављања лабораторијске дијагнозе HIV инфекције:   _____	
Врста лабораторијског метода (ELISA, Mini Vidas, Rapid ,WB test, и др. за децу узраста 18+ месеци) : _____	
Датум првог CD4 теста:   _____	Вредност CD4 теста (бр. ћелија/ $\mu$ l): _____
Датум првог PCR HIV RNK теста   _____	Вредност PCR HIV RNK теста (бр. копија/ml): _____
Клинички статус : <input type="checkbox"/> Акутна HIV инфекција (навести начин дијагностиковања: _____)	
<input type="checkbox"/> Асимптоматска HIV инфекција <input type="checkbox"/> Симптоматска HIV инфекција, али није AIDS <input type="checkbox"/> Клинички AIDS	
Датум дијагностиковања AIDS-а:   _____	
Дијагностиковане AIDS индикативне болести* : 1. _____	
2. _____	
3. _____	
Комбинована АРВ терапија: <input type="checkbox"/> није уведена <input type="checkbox"/> уведена Датум увођења АРТ:   _____	
Да ли је пацијент хоспитализован? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор да, навести установу _____ ; Датум хоспитализације:   _____)	
Да ли је пацијент умро? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не Датум смрти:   _____	
Узрок смрти: <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Основна болест (навести) _____	
<input type="checkbox"/> Друго (навести) _____	

ПОДАЦИ О МАЈЦИ: _____		ЈМБГ   _____	
(Презиме, име једног родитеља и име)			
HIV статус мајке: <input type="checkbox"/> Dg HIV + пре трудноће <input type="checkbox"/> Dg HIV + током трудноће <input type="checkbox"/> Dg HIV + током порођаја <input type="checkbox"/> непознат			
Категорија мајке детета у односу на начин трансмисије HIV-а:			
<input type="checkbox"/> употреба дрога инјектирањем			
<input type="checkbox"/> хетеросексуални контакт са: <input type="checkbox"/> инјектирајућим корисником дрога <input type="checkbox"/> бисексуалним мушкарцем			
<input type="checkbox"/> партнером из земље са генерализованом HIV епидемијом			
<input type="checkbox"/> хемофиличарем , примаоцем трансфузије или транспланта који је HIV +			
<input type="checkbox"/> остало (навести) _____ <input type="checkbox"/> није познат статус партнера			
<input type="checkbox"/> примање трансфузије крви/трансплантата ткива или органа и сл.			
<input type="checkbox"/> друго (навести) _____			
<input type="checkbox"/> није утврђен/непознато			

**ОСТАЛИ ПОДАЦИ:**Да ли су доступни подаци о рођењу детета:  Да  Не  Непознато

Установа и место где се дете родило: \_\_\_\_\_

Начин порођаја:  Вагинални  Планирани царски рез  Друго (навести) \_\_\_\_\_  НепознатоВреме порођаја  У термину (≥37 недеља)  Превремено (≤36 недеља)  НепознатоДа ли мајка добијала АРВ лекове пре трудноће:  Да  Не  Непознато  Одбила лечењеДа ли мајка добијала АРВ лекове током трудноће:  Да  Не  Непознато  Одбила лечењеДа ли је мајка добијала АРВ лекове током порођаја:  Да  Не  Непознато  Одбила лечење

Ако је одговор да, специфицирати АРВ терапију: \_\_\_\_\_

Да ли је дете добијало или добија:

АРВ лек као профилаксу НИВ инфекције (AZT, ZDV):  Да  Не  Непознато Датум почетка: | | | | | | | | | |АРВ лекове у циљу лечења НИВ инфекције:  Да  Не  Непознато Датум почетка: | | | | | | | | | |Лекове ради профилаксе РСР:  Да  Не  Непознато Датум почетка: | | | | | | | | | |Начин исхране одојчета:  Мајчино млеком (дојењем) Замена за мајчино млеко (млечна формула) Комбиновано**ПОДАЦИ О ДРУГИМ ИНФЕКЦИЈАМА:**Акутни вирусни хепатитис Б (IgM anti-HBc)  да  не  непознатоHBs Ag тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознатоAnti-HBs антитела тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознатоАнти- HCV антитела тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознатоPCR HCV RNK тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознатоСифлис тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознатоТуберкулоза (латентна) тест  позитиван  негативан  није тестиран/непознато

МП

Датум подношења пријаве | | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_  
Потпис и факсимил доктора медицине

\*Индикаторске болести за АИДС код деце, према Европској ревизији из 1995. године

А.ИНДИКАТОРСКЕ БОЛЕСТИ НЕЗАВИСНЕ ОД ЛАБОРАТОРИЈСКОГ ДОКАЗА ХИВ ИНФЕКЦИЈЕ (ако су искључени други могући узроци имунодефицијенциј)

- Kandidijaza ezofagusa, bronha, traheje ili pluća

- Kriptokokoza – ekstrapulmonalna

- Kriptosporidijaza - hronična crevna (trajanja &gt; 1 mesec)

- Citomegalovirusna bolest (osim jetre, slezene i limfnih čvorova) код болесника старијег од месец дана

- Herpes simpleks - hronični ulkus(i) (trajanja&gt;1 mesec), ili bronhitis, pneumonitis, ezofagitis код болесника старијег од месец дана-Карошијев сарком

- Limfom mozga (primarni)

- Limfoidna intersticijska pneumonija ili plućna limfoidna hiperplazija

- Mycobacterium avium kompleks ili M. kansasii bolest, diseminirana, zahvata druge organe osim pluća, kože, cervikalne ili hilarne limfne čvorove

- Pneumocystis carinii pneumonija

- Progresivna multifokalna leukoencefalopatija

- Toksoplazmoza mozga kod bolesnika starijeg od mesec dana

Б: ИНДИКАТОРСКЕ БОЛЕСТИ УЗ ЛАБОРАТОРИЈСКИ ДОКАЗ ХИВ ИНФЕКЦИЈЕ

- Bakterijske infekcije, multiple ili rekurentne

- Kokcidioidomikoza - diseminirana (ekstrapulmonalna, izvan cervikalnih i hilarnih limfnih čvorova)

- HIV encefalopatija

- Histoplazmoza - diseminirana (ekstrapulmonalna, izvan cervikalnih i hilarnih limfnih čvorova)

- Izosporidioza sa prolivom u trajanju dužem od mesec dana

- Limfom malih ćelija (Burkitt) ili imunoblastičan ili limfom velikih delija B-limfocita ili nepoznatog imunološkog fenotipa

- Bolest uzrokovana mikobakterijama koje nisu M. tuberculosis, diseminirana, zahvata druge organe osim pluća, kože, cervikalne ili hilarne limfne čvorove

- Mycobacterium tuberculosis, diseminirana ili plućna

- Rekurentna salmonella sepsa koja nije uzrokovana sa S. typhi ili Sindrom propadanja uzrokovan HIV-om

**ПРИЈАВА ЛАБОРАТОРИЈСКИ ПОТВРЂЕНОГ СЛУЧАЈА ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНОГ  
ВИРУСОМ ГРИПА**

Име и презиме лекара	
Здравствена установа	
Контакт телефон	
Ел. адреса	
Датум пријављивања	

1. Подаци о случају

Национални ЕПИД број	
Име и презиме пацијента	
Датум рођења	
Матични број (ЈМБГ)	
Адреса пребивалишта	
Установа у којој је особа запослена	
Радно место/Занимање	
Тежина пацијента	
Висина	
Пол Мушки - 1 Женски - 2	
УЗОРАК (заокружити)	СЕНТИНЕЛ            да            не

2. Симптоми

Датум почетка болести .....
Датум првог јављања здравственом систему .....
Датум узорковања бриса (навести извештајну недељу) .....
Датум лабораторијске потврде случаја (навести извештајну недељу) .....
Лабораторијски потврђен вирус грипа (навести тип) .....



Симптоми у било ком периоду током трајања инфекције	Означити уколико је присутно са Х	Коментар, уколико постоји
Температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$		
Температура није мерена		
Гушобоља		
Цурење носа		
Кијање		
Кашаљ		
Отежано дисање		
Коњунктивитис		
Дијареа		
Наузеја		
Повраћање		
Главобоља		
Конвулзије		
Промена стања свести		
Бол у мишићима		
Бол у зглобовима		
Крварење из носа		
Други симптоми/описати		

### 3. Други анамнестички подаци

Да ли је пацијент примио вакцину против сезонског грипа током ове сезоне?

Да Не Коментар

Да ли је пацијент примио вакцину против пнеумокока?

Да Не Коментар

Да ли је узимао антивирусну профилаксу унутар 14 дана пре почетка болести?

Да Не Коментар

Ако је одговор ДА, коју? (заокружити)

Оселтамивир

Занамивир

Амантадин

Римантадин

Друго, навести

**\*\*Да ли је пацијент имао неко од следећих обољења/стања пре појаве болести (заокружити)?**

Хронично респираторно обољење

Астма

Дијабетес

Метаболичке болести

Хронично обољење срца

Хронично обољење бубрега

Хронично обољење јетре

Хронично неуролошко обољење

Имунокомпромитоване особе

Гојазност

Туберкулоза

Трудноћа

▶ први триместар

▶ други триместар

▶ трећи триместар

▶ непозната гестацијска старост

Друго: \_\_\_\_\_

#### 4. Пнеумонија, друге компликације

Да ли пацијент има клиничке знаке пнеумоније?

Да Не Непознато

Да ли је урађен РТГ плућа?

Да Не Непознато

Уколико је одговор НЕ или непознато, прећи на одељак 5.

Примарна вирусна/инфлуенца пнеумонија дијагностикована?

Да Не Непознато

Секундарна бактеријска пнеумонија дијагностикована?

Да Не Непознато

Да ли је било других компликација (нпр. АРДС, отказивање функција више органа, промене на ЦНС)?

Да Не Непознато

Уколико су регистроване компликације, описати их

---

---

---

---

---

---

### 5. Третман

Пацијент хоспитализован током инфекције Да Не Непознато

Уколико јесте, датум прве хоспитализације .....

Навести дужину хоспитализације у данима .....

Да ли је пацијент примљен у јединицу за интензивну негу? Да Не Непознато

Да ли је пацијент захтевао механичку вентилацију? Да Не Непознато

Да ли је пацијент примао антибиотике? Да Не Непознато

Да ли је пацијент примао антивирусну терапију? Да Не Непознато

Уколико је одговор НЕ, пређите на одељак 6.

Третман	Означити са X	Датум отпочињања примене	Трајање у данима
Оселтамивир			
Занамивир			
Армантадин			
Римантадин			

Да ли је регистрована нежељена реакција након примене? Да Не Непознато

Уколико Да, да ли је Умерена Тешка Животно угрожавајућа

Навести и описати врсту нежељене реакције \_\_\_\_\_

#### 6. Исход

Пацијент потпуно опорављен Да Не Непознато

Уколико јесте, навести дужину трајања болести у данима .....

Пацијент умро Да Не Непознато

Уколико јесте, навести датум смртог исхода .....

Навести узрок смртог исхода

.....

#### 7. Друга запажања/коментари

Потпис и факсимил доктора медицине

---

## \*\* Обољења/стања пре појаве болести:

### Хронично респираторно обољење

- Хронична опструктивна болест плућа (ХОБП) укључујући хронични бронхитис и емфизем, бронхиектазије, цистичну фиброзу, интерстицијалну фиброзу плућа, пнеумоконијозу и бронхопулмонарну дисплазију.

### Астма

- На пример, астма која захтева непрекидну или понављану употребу бронходилататора, инхалациону или системску терапију кортикостероидима или ранија погоршања астматичног статуса која су захтевала хоспитализацију.

### Дијабетес

- Тип 1 дијабетес
- Тип 2 дијабетеса који захтева инсулинску или оралну хипогликемијску терапију

### Хронично обољење срца

- Конгенитално обољење срца
- Кардиомиопатија која је последица пролонгиране хипертензије (хипертензија без придруженог обољења срца није фактор ризика)
- Хронична слабост срца
- Особе са исхемијским обољењем срца које су на медикаментозној терапији и/или под сталним надзором лекара

### Хронично обољење бубрега

- Хронична бубрежна инсуфицијенција
- Нефротични синдром
- Особе са трансплантираним бубрегом

### Хронично обољење јетре

- Цироза
- Билијарна атрезација
- Хронични хепатитис

### Хронично неуролошко обољење

- Мождани удар или транзитори исхемијски атак
- Неуромишићно обољење са последичним оштећењем респираторне функције или ризик од аспирације код церебралне парализе или мијастеније гравис

### Имунокомпромитоване особе (услед болести или терапије)

- Имунодефицијенција услед примене имunosупресивне терапије или системске терапије кортикостероидима
- Аспленија или дисфункција слезине (анемија српастих ћелија)
- Инфекција вирусом хумане имунодефицијенције или Сечени синдром имунодефицијенције
- Малигна обољења

### Гојазност

- БМИ већи од 40 кг/м<sup>2</sup>

### Туберкулоза

- Податак о претходном обољењу или присутни симптоми туберкулозе који захтевају третман.

### Трудноћа

- Први триместар
- Други триместар
- Трећи триместар
- Трудноћа непознате гестацијске старости

Друго (навести): \_\_\_\_\_

ПРИЈАВА АНТИМИКРОБНЕ РЕЗИСТЕНЦИЈЕ  
ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: *ESCHERICHIA COLI*, *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

Врста бактерије	
Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/>
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки <input type="checkbox"/> Женски <input type="checkbox"/> Непознат <input type="checkbox"/>
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија <input type="checkbox"/> , Интерна медицина <input type="checkbox"/> , Инфективне болести <input type="checkbox"/> , Акушерство <input type="checkbox"/> , Гинекологија <input type="checkbox"/> , Интензивна нега - хируршка <input type="checkbox"/> Интензивна нега - интернистичка <input type="checkbox"/> , Ургентни центар <input type="checkbox"/> , Хематологија/Онкологија <input type="checkbox"/> , Педијатрија <input type="checkbox"/> , Неонатологија <input type="checkbox"/> , Остало <input type="checkbox"/>

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Ампицилин или амоксицилин (само <i>E. coli</i> )			
Амоксицилин + клавуланска киселина			
Пиперацилин+тазобактам			
Цефтриаксон			
Цефтазидим			
Цефепим			
Гентамицин			
Амикацин			
Ципрофлоксацин			
Имипенем			
Меропенем			
Дорипенем			
Ертапенем			
Колистин (MIC)			
ESBL			

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.

## ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/>
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки <input type="checkbox"/> Женски <input type="checkbox"/> Непознат <input type="checkbox"/>
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија <input type="checkbox"/> , Интерна медицина <input type="checkbox"/> , Инфективне болести <input type="checkbox"/> , Акушерство <input type="checkbox"/> , Гинекологија <input type="checkbox"/> , Интензивна нега - хируршка <input type="checkbox"/> Интензивна нега - интернистичка <input type="checkbox"/> , Ургентни центар <input type="checkbox"/> , Хематологија/Онкологија <input type="checkbox"/> , Педијатрија <input type="checkbox"/> , Неонатологија <input type="checkbox"/> , Остало <input type="checkbox"/>

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Пиперацилин + тазобактам			
Цефтазидим			
Цефепим			
Гентамицин			
Амикацин			
Ципрофлоксацин			
Имипенем			
Меропенем			

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.

## ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: ACINETOBACTER SPP.

Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/>
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки <input type="checkbox"/> Женски <input type="checkbox"/> Непознат <input type="checkbox"/>
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија <input type="checkbox"/> , Интерна медицина <input type="checkbox"/> , Инфективне болести <input type="checkbox"/> , Акушерство <input type="checkbox"/> , Гинекологија <input type="checkbox"/> , Интензивна нега - хируршка <input type="checkbox"/> Интензивна нега - интернистичка <input type="checkbox"/> , Ургентни центар <input type="checkbox"/> , Хематологија/Онкологија <input type="checkbox"/> , Педијатрија <input type="checkbox"/> , Неонатологија <input type="checkbox"/> , Остало <input type="checkbox"/>

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Ампицилин + сулбактам			
Пиперацилин + тазобактам			
Цефепим			
Гентамицин			
Амикацин			
Тобрамицин			
Триметоприм + сулфаметоксазол			
Ципрофлоксацин			
Имипенем			
Меропенем			
Дорипенем			
Колистин (MIC)			

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.



## ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/>
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки <input type="checkbox"/> Женски <input type="checkbox"/> Непознат <input type="checkbox"/>
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија <input type="checkbox"/> , Интерна медицина <input type="checkbox"/> , Инфективне болести <input type="checkbox"/> , Акушерство <input type="checkbox"/> , Гинекологија <input type="checkbox"/> , Интензивна нега - хирушка <input type="checkbox"/> Интензивна нега - интернистичка <input type="checkbox"/> , Ургентни центар <input type="checkbox"/> , Хематологија/Онкологија <input type="checkbox"/> , Педијатрија <input type="checkbox"/> , Неонатологија <input type="checkbox"/> , Остало <input type="checkbox"/>

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Оксацилин*			
Пеницилин *			
Еритромицин			
Цефтриаксон			
Цефотаксим			
Левофлоксацин			
Клиндамицин			
Ванкомицин			
Триметоприм + сулфаметоксазол			
Норфлоксацин (screen)			

\* У случају резистенције на оксацилин, известити вредности MIC за пеницилин и цефтриаксон

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.

## ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/>
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки <input type="checkbox"/> Женски <input type="checkbox"/> Непознат <input type="checkbox"/>
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија <input type="checkbox"/> , Интерна медицина <input type="checkbox"/> , Инфективне болести <input type="checkbox"/> , Акушерство <input type="checkbox"/> , Гинекологија <input type="checkbox"/> , Интензивна нега - хируршка <input type="checkbox"/> Интензивна нега - интернистичка <input type="checkbox"/> , Ургентни центар <input type="checkbox"/> , Хематологија/Онкологија <input type="checkbox"/> , Педијатрија <input type="checkbox"/> , Неонатологија <input type="checkbox"/> , Остало <input type="checkbox"/>

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Цефокситин (screen)			
Метицилин			
Рифампицин			
Ципрофлоксацин			
Линезолид			
Ванкомицин (MIC)			
Норфлоксацин (screen)			

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.

## ПОДАЦИ О ПРИМОИЗОЛАТУ: ENTEROCOCCUS FAECALIS/FAECIUM

Врста бактерије	
Лабораторијски бр. узорка	
Порекло узорка	Крв <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/>
Назив и седиште лабораторије, установе	
Датум пријема узорка	
ИД број пацијента (ЈМБГ)	
Пол	Мушки <input type="checkbox"/> Женски <input type="checkbox"/> Непознат <input type="checkbox"/>
Месец/година рођења	
Клиничка дијагноза	
Здравствена установа	
Одељење	Хирургија <input type="checkbox"/> , Интерна медицина <input type="checkbox"/> , Инфективне болести <input type="checkbox"/> , Акушерство <input type="checkbox"/> , Гинекологија <input type="checkbox"/> , Интензивна нега - хируршка <input type="checkbox"/> Интензивна нега - интернистичка <input type="checkbox"/> , Ургентни центар <input type="checkbox"/> , Хематологија/Онкологија <input type="checkbox"/> , Педијатрија <input type="checkbox"/> , Неонатологија <input type="checkbox"/> , Остало <input type="checkbox"/>

Тестирање осетљивости на антибиотике	S/I/R	MIC (mg/l)	Пречник зоне (mm)
Ампицилин			
Гентамицин – високе дозе			
Стрептомицин – високе дозе			
Ванкомицин			
Теикопланин			
Линезолид			

ПОРЕД НАВЕДЕНИХ АНТИБИОТИКА, МОЛИМО ДА НАС ИЗВЕСТИТЕ И О ОСЕТЉИВОСТИ НА ОСТАЛЕ АНТИБИОТИКЕ КОЈИ СЕ РУТИНСКИ ИСПИТУЈУ У ВАШОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ.