

Здравствена организација _____

матичен број _____

Организациона единица _____ реден број _____

Место _____

Општина _____

Реден број на уписот во книгата за евиденции односно регистарот

Во здравствената
организација

На ниво на регионот

На ниво на Република

Пријава за малигно заболување

1. Презиме, татково име и име _____

2. Место на живеење _____

општина _____

3. Дата на раѓање
ден _____ месец _____ година _____

4. Пол машки - женски _____

5. Народност _____

6. Брачна состојба: неженет - немажена; оженет - мажена
вдовец - ица, разведен - а _____

7. Занимање - работа која врши _____

8. Колку години е на таа работа _____

9. Назив и место на ОЗТ (само за активни) _____

шифра на стопанска дејност _____

10. Категорија на здравствено осигурување

а) Работници на здружен труд и со нив изедначени лица и
членови на нивните семејства

б) корисници на пензија (пензионери и членови на
нивните семејства)

в) воени инвалиди

г) земјоделци

д) неосигурани лица

ѓ) останати _____

11. Пуши: ДА - НЕ
 Пие: ДА - НЕ
12. Кога е првпат приметено заболувањето
13. Клиничка дијагноза _____

 шифра _____
14. Хистолошко - цитолошки наод - ИМА - НЕМА
15. Дата на првото утврдување на заболувањето
 ден _____ месец _____ година _____
16. Дата на пријавувањето на дијагнозата
 ден _____ месец _____ година _____
17. Фаза на заболувањето почната, напредна, терминална
18. Метастази, не постојат, постојат - локација _____

19. Вид на лекувањето: оперативно со зрачење -
 хемотерапија, симптоматско, комбинирано
20. Кој боледувал, болува или умрел од слично заболување
 во семејството (сродство)
21. Исход на лекувањето: -излекуван, -неизлекуван
 умрел: обдуциран - необдуциран, останато

Дата на уписот на податоците _____

Лекар, _____

Забелешка

- 1) Како малигни заболувања се пријавуваат сите случаи на заболувања чија шифра по IX-та ревизија на Меѓународната класификација на болести, повреди и причини за смрт е од 140,0 до 208,0 и 230,0 до 239,0
- 2) Во сите рубрики на образецот во кој се назначени можните одговори, одговорите се заокружуваат или подвлекуваат одредени зборови.

Здравствена организација _____

матичен број _____

Организациона единица _____ реден број _____

Место _____

Општина _____

ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ШЕЌЕРНА БОЛЕСТ

1. Име и презиме (за мажени и моминско) _____

- единствен матичен број од л. к. _____

2. Пол:

- машки _____ 1
- женски _____ 2

3. Ден, месец и година на раѓањето _____

4. Националност _____

5. Брачна состојба:

- неженет - немажена _____ 1
- женет - мажена _____ 2
- вдовец - вдовица _____ 3
- разведен - разведена _____ 4

6. Занимање: _____

(кус опис на работата што ја врши)

7. Место и адреса на постојано живеење :

Место _____ Општина _____

Ул. и бр. _____

8. Вид на здравствена заштита :

- Задолжителен вид на здравствена заштита _____ 1
- здравствена заштита на работници која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 2
- здравствена заштита на земјоделци која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 3
- здравствена заштита што се обезбедува за случаи на несреќи при работа и професионални заболувања _____ 4

9. Регистарски број (од здрав. легитимација) _____

Шифра на дејност (од здрав. легитимација) _____

10. Дијагноза

а) клиничка _____

(шифра МКБ)

--	--	--	--	--

б) лабораториски наод:

- има _____ 1
- нема _____ 2

11. Дата на првото утврдување на дијагнозата

ден _____ месец _____ година

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

12. Дата на пријавување на дијагнозата

ден _____ месец _____ година

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

13. Вид на шеќерната болест

- латентен _____ 1
- субклинички _____ 2
- манифестен - инсулин зависен _____ 3
- манифестен - инсулин независен _____ 4

14. Вид на лекувањето :

- а) - со диета и со лекови _____ 1
- со диета _____ 2
- со инсулин од почеток на лекувањето _____ 3
- со инсулин во покасна фаза на лекувањето _____ 4

- б) - амбулантно - поликлинички _____ 1
- стационарно _____ 2

15. Исход на лекувањето:

- излекуван _____ 1
- подобрен _____ 2
- неизлекуван _____ 3
- умрел - обдуциран _____ 4
- умрел - необдуциран _____ 5

Дата

М.П.

Лекар,

Забелешка : Се пријавува шеќерна болест со шифра по X-та

ревиизија на Меѓународната класификација на болестите.

Закон за евиденција во
областа на здравството
("Сл. весник на СРМ",
бр. 37/79

Здравствена организација _____

_____ матичен број

Организациона единица _____ реден број

Место _____

Општина _____

**ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ИСХЕМИЧНА БОЛЕСТ
НА СРЦЕТО**

1. Име и презиме (за мажени и моминско) _____

- единствен матичен број од л.к. _____

2. Пол.

- машки _____ 1

- женски _____ 2

3. Ден, месец и година на раѓањето _____

4. Националност _____

5. Брачна состојба:

- неженет - немажена _____ 1

- женет - мажена _____ 2

- вдовец - вдовица _____ 3

- разведен - разведена _____ 4

6. Занимање _____
(квс опис на работата што ја врши) _____

7. Место и адреса на постојано живеење.

Место _____ Општина _____

Ул. и бр. _____

8. Вид на здравствена заштита.

- Задолжителен вид на здравствена заштита _____ 1

- здравствена заштита на работници која се остварува со обем договорен
во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 2

- здравствена заштита на земјоделци која се остварува со обем договорен
во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 3

- здравствена заштита што се обезбедува за случаи на несреќи при работа
и професионални заболувања _____ 4

9. Регистарски број (од здрав. легитимација) _____

Шифра на дејност (од здрав. легитимација) _____

10. Дијагноза
а) клиничка: _____

--	--	--	--	--

(Шифра - МКБ)

б) лабораториски наод:

- има _____ 1

- нема _____ 2

11. Присутни фактори на ризикот:

да не

а)

- зголемен холестерол во крвта _____ 1 _____ 2

- покачен крвен притисок _____ 1 _____ 2

- шеќерна болест _____ 1 _____ 2

- стрес _____ 1 _____ 2

- надхранетост _____ 1 _____ 2

- зголемена мочна киселина _____ 1 _____ 2

- наследна предиспозиција _____ 1 _____ 2

- во текот на работата претежно седи _____ 1 _____ 2

- во текот на работата претежно се движи _____ 1 _____ 2

- на работно место е изложен на бучава _____ 1 _____ 2

- изложен на брзање _____ 1 _____ 2

- изложен на расправи _____ 1 _____ 2

- дали конзумира алкохол _____ 1 _____ 2

- дали пие кафе _____ 1 _____ 2

б) пушење:

- пуши активно _____ 1

- не пуши _____ 2

- пушел порано _____ 3

12. Дата на првото утврдување на дијагнозата

ден _____ месец _____ година _____

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

13. Дата на пријавување на дијагнозата

ден _____ месец _____ година _____

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

14. Вид на лекувањето:

а)

- медикаментозно _____ 1

- со песмејкер _____ 2

- реанимација _____ 3

- со други методи _____ 4

- комбинирано (наведи кои) _____ 5

б)

- амбулантно - поликлинички _____ 1

- стационарно _____ 2

15. Исход на лекувањето:

- излекуван _____ 1

- подобрен _____ 2

- неизлекуван _____ 3

- умрел - обдуциран _____ 4

- умрел - необдуциран _____ 5

Дата

М.П.

Лекар

Забелешка: Се пријавуваат исхемичните заболувања со шифра по X-та ревизија на Меѓународната класификација на болестите.

Здравствена организација _____

матичен број _____

Организациона единица _____ реден број _____

Место _____

Општина _____

ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА БУБРЕЖНА ИНСУФИЦИЕНЦИЈА

1. Име и презиме (за мажени и моминско) _____

- единствен матичен број од л.к. _____

2. Пол.

- машки _____ 1
- женски _____ 2

3. Ден, месец и година на раѓањето _____

4. Националност _____

5. Брачна состојба:

- неженет - немажена _____ 1
- женет - мажена _____ 2
- вдовец - вдовица _____ 3
- разведен - разведена _____ 4

6. Занимање: _____
(кус опис на работата што ја врши)

7. Место и адреса на постојано живеење:

Место _____ Општина _____

Ул. и бр. _____

8. Вид на здравствена заштита:

- Задолжителен вид на здравствена заштита _____ 1
- здравствена заштита на работници која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 2
- здравствена заштита на земјоделци која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 3
- здравствена заштита што се обезбедува за случаи на несреќи при работа и професионални заболувања _____ 4

9. Регистарски број (од здрав. легитимација) _____

Шифра на дејност (од здрав. легитимација) _____



10. Дијагноза
 а) клиничка: _____ (Шифра - МКБ) _____
 б) лабораториски наод:
 - има _____ 1
 - нема _____ 2

11. Причина, односно вид на заболувањето што довело до бубрежна инсуфициенција
 _____ (Шифра - МКБ) _____

12. Вид на бубрежна инсуфициенција:
 - акутна _____ 1
 - хронична во фаза на урамнотеженост _____ 2
 - хронична во фаза на интермитирачко влошување _____ 3
 - хронична во фаза на терминалност _____ 4

13. Дата на првото утврдување на дијагнозата
 ден _____ месец _____ година _____

14. Дата на пријавување на дијагнозата
 ден _____ месец _____ година _____

15. Вид на лекување:
 а) - медикаментозно _____ 1
 - пресадување на бубрег _____ 2
 - друго (наведи кое) _____ 3
 б) - амбулантно - поликлинички _____ 1
 - стационарно _____ 2

16. Користена дијализа:
 - да _____ 1
 - не _____ 2

17. Исход на лекувањето:
 - излекуван _____ 1
 - подобрен _____ 2
 - неизлекуван _____ 3
 - умрел - обдуциран _____ 4
 - умрел - необдуциран _____ 5

Дата _____ М.П. _____ Лекар _____

Забелешка: Се пријавува заболувањата со шифра по X-та ревизија на Меѓународната класификација на болестите.

Здравствена организација _____

матичен број _____

Организациона единица _____

реден број _____

Место _____

Општина _____

ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ПСИХОЗИ

1. Име и презиме (за мажени и моминско) _____

- единствен матичен број од л.к. _____

2. Пол _____

- машки _____ 1

- женски _____ 2

3. Ден, месец и година на раѓањето _____

4. Националност _____

5. Брачна состојба:

- неженет - немажена _____ 1

- женет - мажена _____ 2

- вдовец - вдовица _____ 3

- разведен - разведена _____ 4

6. Занимање: _____

(кус опис на работата што ја врши)

7. Место и адреса на постојано живеење:

Место _____ Општина _____

Ул. и бр. _____

8. Вид на здравствена заштита:

- Задолжителен вид на здравствена заштита _____ 1

- здравствена заштита на работници која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 2

- здравствена заштита на земјоделци која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 3

- здравствена заштита што се обезбедува за случаи на несреќи при работа и професионални заболувања _____ 4

9. Регистарски број (од здрав. легитимација) _____

Шифра на дејност (од здрав. легитимација) _____

10. Дијагноза _____

(Шифра - МКБ)

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

11. Дата на првото утврдување на дијагнозата
односно датумот на првата хоспитализација

ден _____ месец _____ година _____

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

12. Времетраење на првата хоспитализација
(во денови)

--	--	--	--

13. Дата на прием на болниот

ден _____ месец _____ година _____

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

14. Дата на испис на болниот

ден _____ месец _____ година _____

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

15. Вид на лекувањето:

- медикаментозно _____ 1
- психотерапија _____ 2
- комбинирано (да се наведе кое) _____ 3

16. Исход на лекувањето:

- излекуван _____ 1
- подобрен _____ 2
- неизлекуван _____ 3
- умрел - обдуциран _____ 4
- умрел - необдуциран _____ 5

Дата

М.П.

Лекар

Забелешка: Се пријавува заболувањата со шифра по X-та ревизија на Меѓународната класификација на болестите.

Републички комитет за здравство
и социјална политика

Закон за евиденција во
областа на здравството
(„Сл. весник на СРМ“,
бр. 37/79)

Организација на здружен труд во областа
на здравството _____ матичен број

Организациона единица _____ реден број

Место _____

Општина _____

ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА АЛКОХОЛИЗАМ И ДРУГИ ЗАВИСНОСТИ

1. Име и презиме (за мажени и моминско) _____

— единствен матичен број од л. к. _____

2. Пол:

— машки _____ 1

— женски _____ 2

3. Ден, месец и година на раѓањето _____

4. Брачна состојба:

— неженет — немажена _____ 1

— женет — мажена _____ 2

— вдовец — вдовица _____ 3

— разведен — разведена _____ 4

5. Занимање: _____

(кус опис на работата што ја врши)

6. Место и адреса на постојано живеење:

Место _____ Општина _____

Ул. и бр. _____

7. Вид на здравствена заштита:

— Задолжителен вид на здравствена заштита _____ 1

— здравствена заштита на работници која се остварува во обем договорен
во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 2

— здравствена заштита на земјоделци која се остварува во обем договорен
во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 3

— здравствена заштита што се обезбедува за случаи на несреќи при работа
и професионални заболувања _____ 4

8. Регистарски број (од здрав. легитимација) _____

Шифра на дејност (од здрав. легитимација) _____

9. Назив на самоуправната интересна заедница
односно на друг обврзник кој ги поднесува
трошоците за дадената здравствена заштита _____



10. Дијагноза
а) клиничка: _____

(Шифра)

б) лабораториски наод: _____

— има _____ 1

— нема _____ 2

11. Дата на првото утврдување на зависноста
ден _____ месец _____ година _____

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

12. Дата на пријавувањето на дијагнозата
ден _____ месец _____ година _____

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

13. Вид на лекувањето: _____

а) — медикаментозно _____ 1

— психотерапија _____ 2

— хипноза _____ 3

— оперативно _____ 4

б) — амбулантно-поликлинички _____ 1

— стационарно _____ 2

14. Исход на лекувањето: _____

— излекуван _____ 1

— подобрен _____ 2

— неизлекуван _____ 3

— умрел — обдуциран _____ 4

— умрел — необдуциран _____ 5

Дата

М. П.

Лекар

Забелешка: Се пријавуваат синдроми за зависноста од алкохол со шифра 303 и други зависности со шифра 304.0 до 304.9 по IX-та ревизија на Меѓународната класификација на болестите, повредите и причините за смрт.

Републички комитет за здравство
и социјална политика

Закон за евиденција во
областа на здравството
(„Сл. весник на СРМ“,
бр. 37/79)

Организација на здружен труд во областа
на здравството _____ матичен број

Организациона единица _____ реден број

Место _____

Општина _____

ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛУВАЊЕ

1. Име и презиме (за мажени и моминско) _____

— единствен матичен број од л. к. _____

2. Пол:

— машки _____ 1

— женски _____ 2

3. Ден, месец и година на раѓањето _____

4. Брачна состојба:

— неженет — немажена _____ 1

— женет — мажена _____ 2

— вдовец — вдовица _____ 3

— разведен — разведена _____ 4

5. Занимање: _____
(кус опис на работата што ја врши)

6. Место и адреса на постојано живеење:

Место _____ Општина _____

Ул. и бр. _____

7. Вид на здравствена заштита:

— Задолжителен вид на здравствена заштита _____ 1

— здравствена заштита на работници која се остварува во обем договорен
во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 2

— здравствена заштита на земјоделци која се остварува во обем договорен
во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 3

— здравствена заштита што се обезбедува за случаи на несреќи при работа
и професионални заболувања _____ 4

8. Регистарски број (од здрав. легитимација) _____

Шифра на дејност (од здрав. легитимација) _____

9. Назив на самоуправната интересна заедница
односно на друг обврзник кој ги поднесува
трошоците за дадената здравствена заштита _____



10. Дијагноза (заснована врз комплетни лабораториски и други наоди) _____

(Шифра)

11. Дата на првото утврдување на заболувањето
ден _____ месец _____ година _____

12. Дата на пријавувањето на дијагнозата
ден _____ месец _____ година _____

13. Вид на штетноста што довела до професионално заболување _____

14. Вид на лекувањето

- а) — медикаментозно _____ 1
- бањско-климатско _____ 2
- медицинска рехабилитација _____ 3
- оперативно _____ 2
- б) — амбулантно-поликлинички _____ 1
- стационарно _____ 2

15. Време на попреченоста за работа за време на лекувањето _____

(изразено во денови)

16. Рехабилитација

- медицинска _____ 1
- професионална _____ 2
- комбинирана _____ 3
- не е применета _____ 4

17. Исход на лекувањето:

- излекуван _____ 1
- подобрен _____ 2
- неизлекуван _____ 3
- умрел — обдуциран _____ 4
- умрел — необдуциран _____ 5

Дата

М. П.

Лекар

Забелешка: Се пријавуваат сите професионални заболувања (52) одредени во „Општествениот договор за листа на професионалните болести“ во „Службен лист на СФРЈ“, бр. 40 од 15 август 1975 година.

Здравствена организација _____

_____ матичен број

Организациона единица _____ реден број

Место _____

Општина _____

ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА РЕВМАТСКА ТРЕСКА

1. Име и презиме (за мажени и моминско) _____

- единствен матичен број од л.к. _____

2. Пол.

- машки _____ 1
- женски _____ 2

3. Ден, месец и година на раѓањето _____

4. Националност _____

5. Брачна состојба:

- неженет - немажена _____ 1
- женет - мажена _____ 2
- вдовец - вдовица _____ 3
- разведен - разведена _____ 4

6. Занимање: _____
(кус опис на работата што ја врши)

7. Место и адреса на постојано живеење:

Место _____ Општина _____

Ул. и бр. _____

8. Вид на здравствена заштита:

- Задолжителен вид на здравствена заштита _____ 1
- здравствена заштита на работници која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 2
- здравствена заштита на земјоделци која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 3
- здравствена заштита што се обезбедува за случаи на несреќи при работа и професионални заболувања _____ 4

9. Регистарски број (од здрав. легитимација) _____

Шифра на дејност (од здрав. легитимација) _____



10. Дијагноза
 а) клиничка: _____

 (Шифра - МКБ)
- б) лабораториски наод:
 - има _____ 1
 - нема _____ 2
11. Дата на првото утврдување на дијагнозата
 ден _____ месец _____ година _____
12. Дата на пријавувањето на дијагнозата
 ден _____ месец _____ година _____
13. Главни знаци на заболувањето:
 - кардит _____ 1
 - полиартрит _____ 2
 - хореа минор _____ 3
 - промени по кожата _____ 4
 - комбинација на претходните _____ 5
14. Податоци за претходно прележана стрептококна инфекција
 - има _____ 1
 - нема _____ 2
15. Прва атака и број на рецидиви:
 а) прва атака
 - да _____ 1
 - не _____ 2
 б) број на рецидиви _____
16. Профилакса на рецидивот на заболувањето:
 - применета _____ 1
 - неприменета _____ 2
17. Вид на лекувањето:
 а) медикаментозно _____ 1
 - климатско _____ 2
 - медицинска рехабилитација _____ 3
 - оперативно _____ 4
 - комбинација со претходните _____ 5
 б) амбулантно-поликлинички _____ 1
 - стационарно _____ 2
18. Исход на лекувањето:
 - излекуван _____ 1
 - подобрен _____ 2
 - неизлекуван _____ 3
 - умрел - обдуциран _____ 4
 - умрел - необдуциран _____ 5

Дата

М.П.

Лекар

Забелешка: Се пријавуваат заболувањата со шифра по X-та ревизија на Меѓународната класификација на болестите.

Здравствена организација _____

матичен број _____

Организациона единица _____

реден број _____

Место _____

Општина _____

ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ИНТОКСИКАЦИЈА (ТРУЕЊЕ)

1. Име и презиме (за мажени и моминско) _____

- единствен матичен број од л.к. _____

2. Пол:

- машки _____ 1

- женски _____ 2

3. Ден, месец и година на раѓањето _____

4. Националност _____

5. Брачна состојба:

- неженет - немажена _____ 1

- женет - мажена _____ 2

- вдовец - вдовица _____ 3

- разведен - разведена _____ 4

6. Занимање: _____

(кус опис на работата што ја врши)

7. Место и адреса на постојано живеење:

Место _____ Општина _____

Ул. и бр. _____

8. Вид на здравствена заштита:

- Задолжителен вид на здравствена заштита _____ 1

- здравствена заштита на работници која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 2

- здравствена заштита на земјоделци која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 3

- здравствена заштита што се обезбедува за случаи на несреќи при работа и професионални заболувања _____ 4

9. Регистарски број (од здрав. легитимација) _____

Шифра на дејност (од здрав. легитимација) _____



10. Дијагноза
а) клиничка: _____

(Шифра - МКБ)

б) лабораториски наод:

- има _____ 1
- нема _____ 2

11. Дата на првото утврдување на дијагнозата
ден _____ месец _____ година _____

12. Дата на пријавувањето на дијагнозата
ден _____ месец _____ година _____

13. Причина, односно вид на интоксикацијата
(суицид, акцидент, криминал и др.) според
Е листата: _____

14. Рецидив:

- да _____ 1
- не _____ 2
- кој по ред _____

15. Последици од интоксикацијата:

- има _____ 1
- нема _____ 2

16. Време на попреченоста на работа за време
на лекувањето (во денови) _____

17. Рехабилитација:

- медицинска _____ 1
- професионална _____ 2
- социјална _____ 3
- комбинирана _____ 4

18. Вид на лекувањето:

а) - медикаментозно - антидотно _____ 1
- со сепарација _____ 2
- со користење на дијализирачки средства _____ 3
- друго (наведи кое) _____ 4
б) - амбулантно - поликлинички _____ 1
- стационарно _____ 2

19. Исход на лекувањето:

- излекуван _____ 1
- подобрен _____ 2
- неизлекуван _____ 3
- умрел - обдуциран _____ 4
- умрел - необдуциран _____ 5

Дата

М.П.

Лекар

Забелешка: Се пријавуваат труењата со шифра по X-та
ревизија на Меѓународната класификација на болестите.

Здравствена организација _____

матичен број _____

Организациона единица _____

реден број _____

Место _____

Општина _____

ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА СООБРАЌАЈНА ТРАУМА

1. Име и презиме (за мажени и моминско) _____

- единствен матичен број од л.к. _____

2. Пол.

- машки _____ 1

- женски _____ 2

3. Ден, месец и година на раѓањето _____

4. Националност _____

5. Брачна состојба:

- неженет - немажена _____ 1

- женет - мажена _____ 2

- вдовец - вдовица _____ 3

- разведен - разведена _____ 4

6. Занимање: _____

(кус опис на работата што ја врши)

7. Место и адреса на постојано живеење:

Место _____ Општина _____

Ул. и бр. _____

8. Вид на здравствена заштита:

- Задолжителен вид на здравствена заштита _____ 1

- здравствена заштита на работници која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 2

- здравствена заштита на земјоделци која се остварува со обем договорен во рамките, односно преку СИЗ за здравствена заштита _____ 3

- здравствена заштита што се обезбедува за случаи на несреќи при работа и професионални заболувања _____ 4

9. Регистарски број (од здрав. легитимација) _____

Шифра на дејност (од здрав. легитимација) _____



10. Дијагноза (природа на повредата) _____

(Шифра) Надворешна причина на повредата _____

а) рендгенски наод:

- има _____ 1
- нема _____ 2

б) други наоди:

- има _____ 1
- нема _____ 2

11. Времето на настанување на повредата:

час _____ ден _____ месец _____ година _____

ден во седмицата _____

12. Сообраќајно средство кое предизвикало повреда

(вид на сообраќајно возило):

- моторно _____ 1
- железничко _____ 2
- воздушно _____ 3
- водно _____ 4
- друго сообраќајно средство _____ 5

13. Фактори на ризикот:

- фактор - човек _____ 1
- сообраќајно средство _____ 2
- патишта _____ 3
- метеоролошки услови _____ 4
- комбинирани (се наведува кои) _____ 5

14. Место на укажување на прва помош:

- на местото на настанот _____ 1
- за време на транспортот _____ 2
- во здравствена организација _____ 3

15. Кој укажал прва помош:

- здравствен работник _____ 1
- друго лице _____ 2
- не е укажана прва помош _____ 3

16. Дата и час на укажување на медицинска помош на повредениот:

час _____ ден _____ месец _____ година _____

17. Вид на лекување:

а) - амбулантно - поликлинички _____ 1

- стационарно _____ 2

б) - оперативно _____ 1

- конзервативно _____ 2

18. Медицинска рехабилитација:

- се применува _____ 1
- не се применува _____ 2

19. Траен инвалидитет:

- ќе има _____ 1
- ќе нема _____ 2

20. Исход на лекувањето:

- излекуван _____ 1
- подобрен _____ 2
- неизлекуван _____ 3
- умрел - обдуциран _____ 4
- умрел - необдуциран _____ 5
- префрлен во друга здрав. организација _____ 6

Дата _____ М.П. _____ Лекар _____

Забелешка: Се запишуваат повредите со шифра по X-та ревизија на Меѓународната класификација на болестите, повредите и причините за смрт.

МЕСТО, ОПШТИНА

Матичен број на организацијата

СР, САП

ПРИЈАВА НА МАЛИГНА НЕОПЛАЗМА

1. Презиме и име _____
2. Единствен матичен број на граѓанинот _____
3. Датум на раѓање ден _____ месец _____ година _____
4. Пол машки _____ 1 _____ женски _____ 2 _____
5. Место на раѓање _____
(Место, општина)
6. Место на постојан престој _____
(Улица и број, место-општина)
7. Број на историјата на болеста-картон _____
8. Занимање-работа што ја врши _____
9. Дали порано е утврден некој друг примарен нилингом; Не _____ 00 _____
Да _____
(Зapiши ја годината)
10. Датум на утврдување на сегашното заболување месец _____ год. _____

11. Заболувањето е утврдено;

клинички (само преглед) _____ 1 _____

со специј. клинич. испитување _____ 2 _____

со биохем. имунолошки тест _____ 3 _____

со експлоративна операција _____ 4 _____

со обдукција _____ 5 _____

цитолошки или хематолошки _____ 6 _____

хистолошки _____ 7 _____

2. страница

12. Анатомска локализација на малигната неоплазма;

примарна _____
(Дијагноза и шифра според МКБ)

метастаза _____
(Дијагноза и шифра според МКБ)

13. Хистолошки тип _____

14. Клинички стадиум на заболувањето пред примарната терапија;

in situ _____ 1 _____

локализ, на орган, и ткивата на изворот _____ 2 _____

проширен на сосед. анатом структура _____ 3 _____

зафатени регионал. лимфни жлезди _____ 4 _____

оддалечени метастази _____ 5 _____

непознато _____ 6 _____

15. Брачна состојба во брак _____ 1 _____ не е во брак _____ 2 _____

16. Регистарски број (од здравствената легитимација) _____

17. Назив на СИЗ односно на друг обврзник кој ги поднесува трошоците за дадената здравствената заштита _____

Во _____

Датум _____ 19 _____

ЗАБЕЛЕШКА; 1. Пријавата се однесува на заболувања со шифрите 140.0-203.9 и 230.0-234.9 (според МКБ, IX- ревизија).

2. Прашањето бр. 9; ако одговорот е „НЕ“, да се шифрира со „00“, а ако одговорот е: „ДА“, да се шифрираат последните две цифри на наведената година.

3. Прашањето бр. 13; хистолошки тип се шифрира според МКБ-0 морфологија на неоплазмите, IX, ревизија.



Д-р. Јасминка

(Презиме и име на лекарот)

Одделение за општа медицина

(Потпис на лекарот)