ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ „ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ“

Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета здравствене заштите

Београд, 2011. година

САДРЖАЈ

УВОД **1**

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА НА ПРИМАРНОМ НИВОУ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ **3**

1. Дом здравља, завод за здравствену заштиту студената и завод за здравствену заштиту радника - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари **3**

Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обављају изабрани лекари у служби за здравствену заштиту одраслог становништва **5**

Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обавља изабрани лекар – доктор медицине специјалиста педијатрије у служби за здравствену заштиту деце и омладине **38**

Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обавља изабрани лекар – доктор медицине специјалиста гинекологије у служби за здравствену заштиту жена **58**

Завод за здравствену заштиту студената - показатељи квалитета изабраног лекара опште медицине **72**

Завод за здравствену заштиту студената - показатељи квалитета изабраног лекара гинеколога **76**

2. Стоматолошка здравствена заштита - дом здравља, завод/клиника за стоматологију, завод за здравствену заштиту студената, завод за здравствену заштиту радника **77**

3. Патронажна служба дома здравља **95**

4. Здравствена заштита радника – за лекаре специјалисте медицине рада у дому здравља и заводу за здравствену заштиту радника **97**

5. Здравствена заштита старих лица - завод за геронтологију **111**

6. Здравствена заштита оболелих од туберкулозе и других плућних болести – завод за плућне болести и туберкулозу **121**

7. Здравствена заштита оболелих од полно преносивих инфекција и болести коже - завод за кожно-венеричне болести **144**

8. Хитна медицинска помоћ – служба за хитну медицинску помоћ при дому здравља и завод за хитну медицинску помоћ **157**

9. Фармацеутска здравствена делатност – апотека **191**

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНЕ СЛУЖБЕ **209**

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА У СЕКУНДАРНОЈ И ТЕРЦИЈАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ **224**

УРГЕНТНА МЕДИЦИНА **278**

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ВОЂЕЊА ЛИСТА ЧЕКАЊА **285**

БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА (ЕВИДЕНЦИЈА НЕОЧЕКИВАНИХ ИНЦИДЕНАТА) **289**

ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ КОЈА СЕ ОБАВЉА НА ВИШЕ НИВОА **325**

1. Институти и заводи за јавно здравље **325**

2. Институт за вирусологију, вакцине и серуме **362**

3. Завод за антирабичну заштиту **371**

4. Завод за биоциде и медицинску екологију **386**

5. Институти, заводи и службе за трансфузију крви **391**

6. Институт за медицину рада Србије „Др Драгомир Карајовић“ **410**

7. Завод за судску медицину **428**

ПОКАЗАТЕЉИ ЗАДОВОЉСТВА КОРИСНИКА УСЛУГАМА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ **440**

ПОКАЗАТЕЉИ ЗАДОВОЉСТВА ЗАПОСЛЕНИХ У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ **446**

КОМИСИЈА ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА **447**

Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе **448**

Интегрисани Извештај о раду Комисије за унапређење квалитета рада **456**

СТИЦАЊЕ И ОБНОВА ЗНАЊА И ВЕШТИНА ЗАПОСЛЕНИХ **467**

I УВОД

На основу члана 203 Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС“, број 107/05) министар здравља је донео Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите („Службени гласник РС“, број 49/10).

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, у складу са својом функцијом, сачинио је Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета здравствене заштите.

Овим Методолошким упутством се одређује начин прикупљања, праћења, израчунавања и извештавања показатеља квалитета рада здравствених установа.

Здравствене установе прикупљају податке у току једне календарске године (од 1.1. до 31. 12.), израчунавају показатеље квалитета здравствене заштите и достављају их окружном институту/заводу за јавно здравље **до 15. фебруара.** Окружни институти/заводи за јавно здравље, после детаљне коонтроле, податке о квалитету здравствене заштите са свог округа достављају Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ **до 1. марта**. Окружни институти/заводи за јавно здравље су такође у обавези да надлежној филијали Републичког завода за здравствено осигурање доставе извештај (листу) са вредностима праћених индикатора.

Одређене установе примарне здравствене заштите које израчунавају специфичне индикаторе за своју делатност (стоматолошка здравствена заштита, здравствена заштита радника, здравствена заштита оболелих од туберкулозе и других плућних болести - завод за плућне болести и туберкулозу, хитна медицинска помоћ - служба за хитну медицинску помоћ при дому здравља и завод за хитну медицинску помоћ, фармацеутска здравствена делатност – апотека), као и одређене здравствене установе које своју делатност обављају на више нивоа (институти, заводи и службе за трансфузију крви, завод за судску медицину) прикупљене податке из своје установе такође достављају окружном институту/заводу за јавно здравље **до 15. фебруара**, који их прослеђују Институту за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" **до 1. марта**. Институт за јавно здравље Србије све податке који се односе на показатеље квалитета за наведене здравствене установе у извештајној форми доставља установама задуженим за њихову анализу (дефинисано у поглављима за одређене области). Ове установе врше контролу достављених података, обавештавају Институт за јавно здравље Србије о евентуалним изменама како би оне биле унете у базу података, а потом сачињавају анализу и коначан извештај достављају Институту за јавно здравље Србије **до 1 априла.**

Институт за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“, Завод за антирабичну заштиту „Луј Пастер“, Завод за биоциде и медицинску екологију, Институт за медицину рада „Др Драгомир Карајовић“, Градски завод за геронтологију и Градски завод за кожно-венеричне болести прикупљене податке из своје установе на извештајним обрасцима достављају окружном институту/заводу за јавно здравље, анализирају показатеље квалитета и коначан извештај достављају Институту за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" **до 1. марта**.

Институт за јавно здравље Србије сачињава коначан **Извештај о показатељима квалитета здравствене заштите у Републици Србији** и доставља га Министарству здравља и Републичком заводу за здравствено осигурање Београд **до 15. маја.**

УПУТСТВО ЗА ИЗРАЧУНАВАЊЕ ЕКВИВАЛЕНТА ПУНОГ РАДНОГ ВРЕМЕНА

За све показатеље за чије израчунавање је потребан податак о броју здравствених радника/здравствених сарадника неопходно је израчунати њихов ЕКВИВАЛЕНТ ПУНОГ РАДНОГ ВРЕМЕНА (Full Time Equivalent).

Дефиниција: Еквивалент пуног радног времена је стандардна мера оптерећења здравствених радника/здравствених сарадника која се користи са намером да се квантификује њихова пракса у односу на стандард пуног радног оптерећења у току једне године (**220 радних дана**, према препоруци РЗЗО, по одбијању годишњих одмора, државних празника и просечних дана боловања).

У нашим условима се израчунава тако што се за сваког здравственог радника/сарадника у одређеној служби/одељењу или установи сабере број радних дана остварених у току године и подели са просечним бројем радних дана по једном запосленом у току године (**220 радних дана**). Вредност која се добије је еквивалент пуног радног времена за ту службу/одељење или здравствену установу.

Пример: уколико је у служби/одељењу од 8 лекара - 5 лекара радило са пуним радним временом у току целе године, 1 лекар је радио пуним радним временом пола године и 2 лекара су радила само једном недељно, еквивалент пуног радног времена се израчунава као:

$5 \cdot 220 + 1 \cdot 110 + 2 \cdot 44$ (просечан број радних недеља у току године) = $(1100 + 110 + 88) / 220 = 1298 / 220 =$ **5,9**

Еквивалент пуног радног времена за ову групу од 8 лекара је 5,9 лекара.

У случају да је један здравствени радник/сарадник одсутан због боловања, специјализације или других разлога, а замењује га лице са пуним радним временом према уговору о делу или другом виду радног односа, онда се та два лица рачунају као **један** еквивалент пуног радног времена у току године.

Еквивалент пуног радног времена се може израчунати и за период од 6 месеци.

II ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА НА ПРИМАРНОМ НИВОУ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ

1. Дом здравља, завод за здравствену заштиту студената и завод за здравствену заштиту радника - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари.

Показатељи квалитета у примарној здравственој заштити из чланова 4., 5., 6., 7. и 8. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите прате се у домовима здравља (самосталним и у саставу), заводима за здравствену заштиту студената и заводима за здравствену заштиту радника.

Подаци потребни за израчунавање обавезних Показатеља прикупљају се за сваког појединачног изабраног лекара:

1. лекар опште медицине
2. педијатар
3. гинеколог
4. изабрани лекар у медицини рада

Дневна, месечна или периодична (годишња) евиденција о показатељима води се за сваког изабраног лекара појединачно и може је водити лекар или медицинска сестра, или се ти подаци могу преузети из извештаја о фактурисаној реализацији које здравствене установе достављају Републичком заводу за здравствено осигурање. Метод прикупљања података зависи од информационих технологија којима располаже здравствена установа. Здравствене установе које имају уведени електронски картон део показатеља могу пратити директно упитом из информационог система. Методолошко упутство нуди могућности за дневно и месечно прикупљање података за установе које немају имплементиран електонски картон пацијента.

Републички завод за здравствено осигурање (РЗЗО) тестирао је током 2010. године праћење појединих показатеља квалитета коришћењем извода о фактурисаној реализацији за сваког појединачног изабраног лекара у служби опште медицине, служби за здравствену заштиту деце и омладине и служби за здравствену заштиту жена у свим установама примарне здравствене заштите. На сајту РЗЗО http://www.rzzo.rs/index.php/izabrani-lekar-actual/kapitacija-actual/kapit-form налазе се **„Табела са бројевима регистрованих осигураника по старосним групама за изабране лекаре“** (објављује се сваког месеца), **„Упутство за коришћење К табела“** и „**Капитационе табеле“** за сваку службу посебно са приказом учешћа превентивних услуга (http://www.rzzo.rs/index.php/izabrani-lekar-actual/kapitacija-actual/kapit-form/267-kapit-stat) за сваког изабраног лекара. На почетној страни http://www.rzzo.rs/ налазе се упадљиви линкови **„Календар обавезних вакцинација“** и **„Календар превентивних прегледа“** чије се извршење прати путем електронске фактуре. РЗЗО директно из електронских фактура прати 9 показатеља квалитета (**Табеле Q9 и Показатељи квалитета изабрани лекар**) и то по прва 4 показатеља из чланова 4., 5., 6., 7. и 8., затим показатеље 5, 8 и 10 из члана 4. и показатеље 5 и 6 из члана 6.

Показатељ 1 из чланова 4., 5., 6., 7. и 8. **„Проценат регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара/педијатра/гинеколога“**, с обзиром да је на годишњем нивоу, **прати се искључиво изводом из електронских фактура** (поседују све здравствене установе ову могућност).

Крајњи циљ је увођење електронског картона у све ординације изабраних лекара и аутоматско праћење показатеља квалитета рада у примарној здравственој заштити.

Подаци о показатељима квалитета који се не могу пратити из електронског картона или из електронских фактура прикупљају се дневно за сваког изабраног лекара.

На крају месеца, подаци о показатељима квалитета, за сваког појединачног лекара, се сумирају и као такви уносе у образац/ обрасце за месечни извештај на нивоу службе.

Свака здравствена установа након једногодишњег периода, израчунавањем показатеља за сваку службу појединачно, формира извештај и попуњене **обрасце ОМ, П и Г** доставља окружном институту/заводу за јавно здравље.

С обзиром да се показатељи квалитета разликују у службама изабраних лекара, за сваку службу је креиран посебан сет табела, како за евиденцију о опредељеним/регистрованим корисницима/осигураницима, тако и за евиденцију података неопходних за праћење показатеља.

НАПОМЕНА 1: За изабране лекаре у служби опште медицине који имају регистроване осигуранике млађе од 19 година, потребно је пратити показатеље квалитета и за изабраног педијатра. Показатељи се прате одвојено и на крају месеца се збирно прикључују одређеним службама, тј. служби опште медицине и служби за здравствену заштиту деце и омладине. Овакав начин прикупљања података ће омогућити поређење одговарајућих служби свих домова здравља у Републици Србији.

НАПОМЕНА 2: Обрасци за евиденцију о регистрованим осигураницима изабраног лекара/ педијатра/ гинеколога креирани су како у сврху лакшег израчунавања показатеља, тако и ради лакшег планирања превентивних прегледа одређене добне групе осигураника у свим службама.

НАПОМЕНА 3: Шифре услуга и подразумевани садржаји наведених услуга су у складу са Правилником о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите (Службени гласник РС бр. 24/09), као и Упутством за израду планова рада здравствених установа финансираних средствима РЗЗО-а у 2011. години (ИЈЗ Србије „Др Милан Јовановић Батут“, 2010).

НАПОМЕНА 4: Дневне евиденције за изабране лекаре се не воде у току дежурства.

Члан 4. Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обављају изабрани лекари у служби за здравствену заштиту одраслог становништва

Обрасци:

1. **РИЛ-1** – Евиденција о броју регистрованих осигураника изабраног лекара за текућу годину
2. **РИЛ-2** – Евиденција о броју регистрованих осигураника у служби опште медицине за текућу годину
3. **ИЛОМ-1** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
4. **ИЛОМ-2** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
5. **СОМ-1** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
6. **СОМ-2** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
7. **СОМ-3** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
8. **СОМ-4** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
9. **Шећерна болест Е10-Е14** – Евиденција о превентивним прегледима дијабетичара за текућу годину
10. **Повишен крвни притисак И10-И15** – Евиденција о пацијентима са артеријском хипертензијом за текућу годину
11. **КП-1** – Годишња евиденција о пацијентима са повишеним крвним притиском за текућу годину
12. **КП-2** – Годишња евиденција о пацијентима са повишеним крвним притиском у служби опште медицине за текућу годину
13. **ОМ** – Извештај о показатељима квалитета изабраних лекара у служби опште медицине за текућу годину

Сваки изабрани лекар у служби здравствене заштите одраслог становништва треба да има листу регистрованих осигураника:

А) Укупан број свих регистрованих осигураника/ пацијената
Б) Број регистрованих осигураника/ пацијената старости 50 година и више
В) Број регистрованих осигураника/ пацијената старости 65 година и више
Г) Број регистрованих осигураника/ пацијената који болују од шећерне болести (Е10-Е14)
Д) Број регистрованих осигураника/ пацијената који болују од повишеног крвног притиска (И10-И15)

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА РИЛ-1

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
*Назив пункта.*Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА
Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ ЛЕКАРА
У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

Колона 1: **19–34.** Уписати укупан број регистрованих осигураника наведене добне скупине.

Колона 2: 35–49. Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

Колона 3: **50–64.** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

Колона 4: **65–74.** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

Колона 5: **75 и више година.** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

Колона 6: **Број регистрованих осигураника са дијагнозом Е10-Е14.** Уписати укупан број регистрованих осигураника који болују од шећерне болести (diabetes mellitus)

Колона 7: **Број регистрованих осигураника са дијагнозом И10-И15.** Уписати укупан број регистрованих осигураника који болују од повишеног крвног притиска (hypertensio arterialis)

Колона 8: **Укупно осигураника (1+2+3+4+5).** Уписати укупан број регистрованих осигураника. Број се добија сумирањем бројева из колона 1,2,3,4 и 5.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА

ЗА ___ __ ___ годину

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив пункта _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Р.БР.	19–34 ГОДИНЕ	35–49 ГОДИНА	50–64 ГОДИНЕ	65–74 ГОДИНЕ	75 И ВИШЕ ГОДИНА	БР. РЕГ. ОСИГУРАНИКА СА ДИЈАГНОЗОМ Е10-Е14	БР. РЕГ. ОСИГУРАНИКА СА ДИЈАГНОЗОМ И10-И15	УКУПНО ОСИГУРАНИКА (1+2+3+4+5)
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Број осигураника								

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА РИЛ-2

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Име и презиме изабраног лекара. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило праћење броја регистрованих осигураника за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

Колоне 1-8: Уписати у одговарајућу колону вредност из реда «Број осигураника» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца РИЛ-1.

Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби опште медицине у здравственој установи.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА
У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

ЗА _____ годину

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА	19–34 ГОДИНЕ	35–49 ГОДИНА	50–64 ГОДИНЕ	65–74 ГОДИНЕ	75 И ВИШЕ ГОДИНА	БР. РЕГ. ОСИГУРАНИКА СА ДИЈАГНОЗОМ Е10-Е14	БР. РЕГ. ОСИГУРАНИКА СА ДИЈАГНОЗОМ И10-И15	УКУПНО ОСИГУРАНИКА (1+2+3+4+5)
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Укупно								

Извештај урадио/ла _____ **Потпис и факсимил начелника** _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ИЛОМ-1

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив пункта. Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА
Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ ЛЕКАРА
У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

Колона 0: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: **Први преглед ради лечења (1200039).** Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за одређени датум (дан).

Колона 2: Поновни преглед ради лечења (1200047; 1200054). Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

Колона 3: **Циљани преглед на рак дебелог црева (50 + год.) (1000223).** Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за осигуранике старе 50 и више година за одређени датум (дан).

Колона 4: **Број упута за специјалистичко консултативни преглед.** Уписати укупан број издатих упута за специјалистичко консултативни преглед за одређени датум (дан).
Напомена: узимају се у обзир интерни (у оквиру установе), екстерни (према другој установи примарног нивоа) и упути на виши ниво (секундарни и терцијарни ниво).

Колона 5: **Превентивни прегледи (1200013; 1000223; 1000025).** Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

Колона 6: Остали прегледи (1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207). Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
ЗА МЕСЕЦ _____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив пункта _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА **l_l_l_l_l_l_l_l_l_l_l_l_l_l**

Датум	Први преглед ради лечења 1200039	Поновни преглед ради лечења 1200047; 1200054;	Циљани преглед на рак дебелог црева (50 + год.) 1000223	Број упута за специјалист. преглед	Превентивни прегледи 1200013; 1000223; 1000025;	Остали прегледи 1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207;
0	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Укупно						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ИЛОМ-2

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
*Назив пункта.*Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА
Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ ЛЕКАРА
У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

Колона 0: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: **Вакцинација против грипа (65 + год.) (1000025).** Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за осигуранике старе 65 и више година за одређени датум (дан).

Колона 2: Број упута за HgA1c особа са дијагнозом Е10-Е14. Уписати укупан број упута за HgA1c особа са дијагнозом Е10-Е14 издатих за одређени датум (дан).

Колона 3: **Број упута за преглед очног дна особа са дијагнозом Е10-Е14.** Уписати укупан број упута за преглед очног дна особа са дијагнозом Е10-Е14 издатих за одређени датум (дан).

Колона 4: **Број првих прегледа (1200039) особа са дијагнозом J02-J03.** Уписати укупан број првих прегледа ради лечења (1200039) са дијагнозом J02-J03 за одређени датум (дан).

Колона 5: **Број првих прегледа (1200039) са дијагнозом J02-J03 и прописаним пеницилином.** Уписати укупан број првих прегледа ради лечења (1200039) особа са дијагнозом J02-J03 приликом којих је прописан пеницилин (видети напомену) за одређени датум (дан).
Напомена: Подразумева према Националном водичу за лекаре у примарној здравственој заштити **„Избор и употреба антибиотика у општој пракси“,** РСК за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси, Министарство здравља, 2004., следеће: Tonsillopharingitis – највероватније вирусни узрочник – **Не примењивати антибиотике,** или Streptococcus pyogenes **- Феноксиметилпеницилин (penicilin V) 10 дана или 1 ијекција бензатин-пеницилина или цефалексин/цефадроксил 10 дана.** У случају алергије на пеницилин употребити **еритромицин** 10 дана или **азитромицин** 5 дана.

Колона 6: Број корисника са уписаним КП, ИТМ и пушачким статусом и дати савети. Уписати укупан број корисника у чији је здравствени картон **први пут у текућој години** убележена вредност крвног притиска, индексом телесне масе и пушачким статусом и дати одговарајући савети за одређени датум (дан).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.
На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
ЗА МЕСЕЦ _____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив пункта _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА **I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I**

Датум	Вакцинација против грипа (65 + год.) (1000025)	Број упута за HgA1c особа са Dg E10-E14	Број упута за преглед очног дна особа са Dg E10-E14	Број првих прегледа (1200039) особа са Dg J02-J03	Број 1200039 са Dg J02-J03 и са проп. пеницил.	Број корисника са уписаним КП, ИТМ и пушачким статусом и дати савети
0	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Укупно						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СОМ-1

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Име и презиме изабраног лекара. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

Колоне 1-6: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца ИЛОМ-1.

Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби опште медицине у здравственој установи.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5 и 6.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

ЗА МЕСЕЦ _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Име и презиме изабраног лекара	Први преглед ради лечења 1200039	Поновни преглед ради лечења 1200047; 1200054;	Циљани преглед на рак дебелог црева (50 + год.) 1000223	Број упута за специјал. преглед	Превент. прегледи 1200013; 1000223; 1000025;	Остали прегледи 1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207;
0	1	2	3	4	5	6
Укупно						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СОМ-2

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Име и презиме изабраног лекара. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

Колоне 1-6: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца ИЛОМ-2.

Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби опште медицине у здравственој установи.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5 и 6.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

ЗА МЕСЕЦ _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Име и презиме изабраног лекара	Вакцинација против грипа (65 + год.) (1000025)	Број упута за HgA1c особа са Dg E10-E14	Број упута за преглед очног дна особа са Dg E10-E14	Број првих прегледа (1200039) особа са Dg J02-J03	Број 1200039 за Dg J02-J03 са проп. пеницил.	Број корисника са уписаним КП, ИТМ и пушачким статусом и дати савети
0	1	2	3	4	5	6
Укупно						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СОМ-3

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава месец у години за који се уносе подаци.

Колоне 1-6: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајући месец у години из Обрасца СОМ-1.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5 и 6.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

ЗА _____год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Месец	Први преглед ради лечења 1200039	Поновни преглед ради лечења 1200047; 1200054;	Циљани преглед на рак дебелог црева (50 + год.) 1000223	Број упута за специјал. преглед	Превент. прегледи 1200013; 1000223; 1000025;	Остали прегледи 1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207;
0	1	2	3	4	5	6
Јануар						
Фебруар						
Март						
Април						
Мај						
Јун						
Јул						
Август						
Септембар						
Октобар						
Новембар						
Децембар						
Укупно						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СОМ-4

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава месец у години за који се уносе подаци.

Колоне 1-6: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајући месец у години из Обрасца СОМ-2.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5 и 6.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

ЗА _____год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Месец	Вакцинација против грипа (65 + год.) (1000025)	Број упута за HgA1c особа са Dg E10-E14	Број упута за преглед очног дна особа са Dg E10-E14	Број првих прегледа (1200039) особа са Dg J02-J03	Број 1200039 за Dg J02-J03 са проп. пеницил.	Број корисника са уписаним КП, ИТМ и пушачким статусом и дати савети
0	1	2	3	4	5	6
Јануар						
Фебруар						
Март						
Април						
Мај						
Јун						
Јул						
Август						
Септембар						
Октобар						
Новембар						
Децембар						
Укупно						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА Е10-Е14

ЕВИДЕНЦИЈА О ПРЕВЕНТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА ДИЈАБЕТИЧАРА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О ЛЕКАРУ И ПАЦИЈЕНТУ

Име и презиме лекара. Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ лекара. У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.
Име и презиме пацијента. Уписати пуно име и презиме пацијента.
Број картона. Уписати број здравственог картона пацијента.
Број електронског картона. Уписати број електронског здравственог картона пацијента.
Године пацијента. Уписати године (старост) пацијента.
Пол. Заокружити пол пацијента.
Тип дијабета. Заокружити тип дијабета.

ПЛАНИРАНЕ И РЕАЛИЗОВАНЕ АКТИВНОСТИ

Напомена 1: Уписати само реализоване активности у току текуће године.
Напомена 2: Лекар у табелу може унети лабораторијске вредности за наведене параметре из било које лабораторије (дома здравља, државних и приватних лабораторија и установа виших нивоа) уколико су рађене у текућој години.

1. Анамнеза. Уписати датум узете анамнезе.

2. Физички преглед. Уписати датум физичког прегледа.

3. Присуство гојазности. У табелу уписати измерене или израчунате вредности у одговарајућу колону.

4. Стање гликорегулације.
А) Гликемија наште. У табелу унети вредност гликемије приликом редовне контроле у одговарајући месец када је вршено мерење.
Б) HbA1c. У табелу унети вредност HbA1c приликом редовне контроле у одговарајући квартал када је вршено мерење.

5. Статус липидних параметара. У табелу уписати вредности у одговарајућу колону.

6. Стање артеријског притиска. У табелу унети вредност крвног притиска приликом редовне контроле у одговарајући месец када је вршено мерење.

7. – 14. Планирани прегледи и фактори ризика. У одговарајућем реду за сваку планирану активност у колони „Преглед извршен“ заокружити + уколико је у току године вршено испитивање/ преглед или проверен статус фактора ризика. У колону „Фактор ризика утврђен“ заокружити Да уколико постоји утврђен фактор ризика или Не уколико пацијент нема утврђен фактор ризика.

15. Планиране активности – Саветовање о мерама за промену начина живота. На основу претходно утврђеног здравственог стања пацијента и процене фактора ризика, лекар планира индивидуални или групни здравствено-васпитни рад са пацијентом за област која захтева интервенцију.

16. Друго. Уписати друге чињенице од значаја за дотичног пацијента.

Напомена: Вођење овог обрасца није обавезно. Образац је креиран у циљу регистрације броја пацијената који болују од шећерне болести (Diabetes mellitus) Е10-Е14 за сваког изабраног лекара у служби опште медицине, као и лакшег праћења показатеља број 7 и 8 (поља су болдована у обрасцу). Здравствене установе које поседују савремене информационе системе

вредности показатеља могу добити упитом из информационих система. Планиране активности су креиране коришћењем препорука следећих водича добре праксе:
1. Diabetes mellitus, Национални водич клиничке праксе, Национални комитет за израду водича клиничке праксе у Србији, ЕПОС под покровитељством Министарства здравља Републике Србије, 2002.;
2. Саветовалиште за дијабетес у Центру за превентивне здравствене услуге Домова здравља, Републичка стручна комисија за шећерну болест Министарства здравља Републике Србије, Пројекат Министарства здравља Републике Србије „Унапређење превентивних здравствених услуга у Србији“, 2006.;
3. Менаџмент болестима 5: Модел дијабетеса. Обука за менаџмент у примарној здравственој заштити. Семинар акредитовао Програмски савет за континуирану едукацију Медицинског факултета у Београду, 2010.;

Планиране активности (анамнеза, физички преглед и др.) су детаљно описане у наведеним водичима.

Изабрани лекари који на предложени начин формирају базу регистрованих пацијената моћи ће да прате менаџмент дијабетесом пацијената кроз време и да заједно са пацијентом планирају здравствено-васпитне активности које је потребно интензивирати. Примена обрасца омогућава лекарима да планирају активности у циљу превенције секундарних компликација, да прате и унапреде здравствено стање пацијента и свој рад.

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l

ЕВИДЕНЦИЈА О ПРЕВЕНТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА ДИЈАБЕТИЧАРА

ЗА 20_____.год.

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА _____
БРОЈ КАРТОНА _____
БРОЈ ЕЛЕКТРОНСКОГ КАРТОНА _____

ГОДИНЕ ПАЦИЈЕНТА _____ ПОЛ Ж М ТИП ДИЈАБЕТА 1 2

Планиране и реализоване активности

1. Анамнеза
2. Физички преглед
3. Присуство гојазности

Телесна висина	Телесна маса	Индекс телесне масе	Обим струка	Обим кукова

4. Стање гликорегулације

а) Гликемија наште

Јан.	Феб.	Март	Април	Мај	Јун	Јул	Авг.	Сеп.	Окт.	Нов.	Дец.

б) **HbA1c**

I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал

5. Статус липидних параметара

Липидни профил	LDL	HDL	Холестерол-укупно	Триглицериди

6. Стање артеријског притиска _____

Јан.	Феб.	Март	Април	Мај	Јун	Јул	Авг.	Сеп.	Окт.	Нов.	Дец.

Р.бр.	**Планирани прегледи**	Преглед извршен		Фактор ризика утврђен	
7.	Присуство протеина у урину (преглед урина)	+	-	Да	Не
8.	Присуство анемије (крвна слика)	+	-	Да	Не
9.	Стање функције вида (преглед офталмолога)				
9а.	**очно дно**	+	-	Да	Не
9б.	оштрина вида	+	-	Да	Не
10.	Присуство васкуларне исхемије				
10а.	преглед периферних пулсева	+	-	Да	Не
10б.	преглед стопала	+	-	Да	Не
10в.	еректилна дисфункција	+	-	Да	Не
11.	Присуство срчане исхемије (EKG)	+	-	Да	Не
12.	Присуство мождане исхемије (неуролошки преглед)	+	-	Да	Не
13	Фактори ризика				
13а.	Пушење	+	-	Да	Не
13б.	Конзумирање алкохола	+	-	Да	Не
14.	Вакцинација против грипа	+	-		

15. Планиране активности - Саветовање о мерама за промену начина живота

Област	Индивидуално	Групно
Исхрана		
Физичка активност		
Регулација телесне тежине		
Прекид пушења		
Алкохол		

16. Друго:

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА И10-И15

ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА СА АРТЕРИЈСКОМ ХИПЕРТЕНЗИЈОМ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О ЛЕКАРУ И ПАЦИЈЕНТУ

Име и презиме лекара. Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ лекара. У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.
Име и презиме пацијента. Уписати пуно име и презиме пацијента.
Број картона. Уписати број здравственог картона пацијента.
Број електронског картона. Уписати број електронског здравственог картона пацијента.
Године пацијента. Уписати године (старост) пацијента.
Пол. Заокружити пол пацијента.

ПЛАНИРАНЕ И РЕАЛИЗОВАНЕ АКТИВНОСТИ

Напомена 1: Уписати само реализоване активности у току текуће године.
Напомена 2: Лекар у табелу може унети лабораторијске вредности за наведене параметре из било које лабораторије (дома здравља, државних и приватних лабораторија и установа виших нивоа) уколико су рађене у текућој години.

1. Анамнеза. Уписати датум узете анамнезе.

2. Физички преглед. Уписати датум физичког прегледа.

3. Присуство гојазности. У табелу уписати измерене или израчунате вредности у одговарајућу колону.

4. Рутинска испитивања. Уписати вредности за одговарајуће параметре.

5. Статус липидних параметара. У табелу уписати вредности у одговарајућу колону.

6. Стање артеријског притиска. У табелу унети вредност крвног притиска приликом редовне контроле у одговарајући месец када је вршено мерење. Заокружити степен хипертензије дотичног пацијента.

7. Терапија. У табели означити немедикаментну и/или медикаментну терапију коју дотични пацијент тренутно користи.

8. Стратификација укупног кардиоваскуларног ризика. Уз упутство у Националном водичу за лекаре у примарној здравственој заштити Артеријска хипертензија, за пацијента израчунати факторе ризика и SCORE 10-годишњег ризика од фаталне кардиоваскуларне болести код пацијената са високим ризиком.

9. Планиране активности – Саветовање о мерама за промену начина живота. На основу претходно утврђеног здравственог стања пацијента и процене фактора ризика, лекар планира индивидуални или групни здравствено-васпитни рад са пацијентом за област која захтева интервенцију.

10. Друго. Уписати друге чињенице од значаја за дотичног пацијента.

Напомена: Вођење овог обрасца није обавезно. Образац је креиран у циљу регистрације броја пацијената који болују од повишеног крвног притиска (Hypertensio arterialis) И10-И15 за сваког изабраног лекара у служби опште медицине, као и лакшег праћења показатеља број 6 (поље болдовано у обрасцу). Планиране активности су креиране коришћењем препорука водича добре праксе:

1. Артеријска хипертензија, Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити, Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси, Министарства здравља Републике Србије, Српско лекарско друштво. 2005.;
2. Менаџмент болестима 6: Модел хипертензије. Обука за менаџмент у примарној здравственој заштити. Семинар акредитовао Програмски савет за континуирану едукацију Медицинског факултета у Београду, 2010.;

Планиране активности (анамнеза, физички преглед и др.) су детаљно описане у водичу.

Изабрани лекари који на предложени начин формирају базу регистрованих пацијената моћи ће да прате менаџмент хипертензијом пацијената кроз време и да заједно са пацијентом планирају здравствено-васпитне активности које је потребно интензивирати. Примена обрасца омогућава лекарима да планирају активности у циљу превенције секундарних компликација, да прате и унапреде здравствено стање пацијента и свој рад.

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l

ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА СА АРТЕРИЈСКОМ ХИПЕРТЕНЗИЈОМ

ЗА _____годину

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА _____
БРОЈ КАРТОНА _____
БРОЈ ЕЛЕКТРОНСКОГ КАРТОНА _____

ГОДИНЕ ПАЦИЈЕНТА _____ ПОЛ Ж М

Планиране и реализоване активности

1. Анамнеза
2. Физички преглед
3. Присуство гојазности

Телесна висина	Телесна маса	Индекс телесне масе	Обим струка	Обим кукова

4. Рутинска испитивања

Глукоза наште_____ Хемоглобин _____

Хематокрит _____ Мокраћна киселина _____

Серумски креатинин _____ Серумски калијум _____

Преглед урина

5. Статус липидних параметара

Липидни профил	LDL	HDL	Холестерол-укупно	Триглицериди

6. Стање артеријског притиска и класификација

Јан.	Феб.	Март	Април	Мај	Јун	Јул	Авг.	Сеп.	Окт.	Нов.	Дец.

А) Стадијум 1 (блага) 140-159/ 90-99
Б) Стадијум 2 (умерена) 160-179/ 100-109
В) Стадијум 3 (тешка) ≥180 / ≥110
Г) Изолована системска хипертензија ≥140/ <90

7. Терапија

ПРОМЕНА НАЧИНА ЖИВОТА		МЕДИКАМЕНТНА ТЕРАПИЈА	
Редукција телесне тежине		Диуретици	
Рестриктивни унос соли		Бета блокатори	
Надокнада калијума и калцијума		Блокатари калцијумових канала	
Рестрикција уноса засићених масти		АСЕ инхибитори	
Смањен унос алкохола		Блокатори ангитензин II рецептора	
Повећање физичке активности		Алфа$_1$ блокатори	
Прекид пушења			

8. Стратификација укупног кардиоваскуларног ризика

ФАКТОРИ РИЗИКА	
Хипертензија	
Пол	
Старосна доб	
Повишене вредности LDL или укупног холестерола	
Позитивна породична анамнеза	
Гојазност	
Пушење	
CRP ≥ 1 mg%	
SCORE 10 - годишњи ризик од фаталне КВ болести код пацијената са високим ризиком	

9. Планиране активности - Саветовање о мерама за промену начина живота

Област	Индивидуално	Групно
Исхрана		
Физичка активност		
Регулација телесне тежине		
Прекид пушења		
Алкохол		

10. Друго:

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА КП-1

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА СА ПОВИШЕНИМ КРВНИМ ПРИТИСКОМ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
*Назив пункта.*Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА
Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ ЛЕКАРА
У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

Колона 1: **Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90.** Уписати укупан број осигураника који имају регистровану дијагнозу повишеног крвног притиска (Hypertensio arterialis) И10-И15, а чија је измерена и регистрована вредност крвног притиска приликом последње редовне контроле у текућој години била нижа од 140/90. Као извор података могу послужити обрасци Повишен крвни притисак И10-И15, здравствени картон, електронски картон, картончићи за контролу вредности крвног притиска пацијената или друга расположива медицинска документација.

Напомена: Образац КП 1 се попуњава само на крају текуће године (децембар/јануар).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА
СА ПОВИШЕНИМ КРВНИМ ПРИТИСКОМ

ЗА _____ годину

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив пункта _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА **l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l**

Година	Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90
0	1
Укупно	

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА КП-2

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА СА ПОВИШЕНИМ КРВНИМ ПРИТИСКОМ У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Име и презиме изабраног лекара. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

Колона 1: Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90. Уписати у одговарајућу колону вредност из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца КП 1.

Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби опште медицине у здравственој установи.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колону 1.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА
СА ПОВИШЕНИМ КРВНИМ ПРИТИСКОМ
У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

ЗА _____годину

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____

Име и презиме изабраног лекара	Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90
0	1
Укупно	

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ОМ

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

Извештај се формира за ниво здравствене установе у целини.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Р.БР.	**НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА**	**(Б)**РОЈИЛАЦ	**(И)**МЕНИЛАЦ	**ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА**
0	1	2	3	4
1	Проценат регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара.	Број регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара у претходној години ***Број регистрованих осигураника из електронске фактуре***	Укупан број регистрованих корисника ***Број регистриваних осигураника из Регистрације изабраног лекара - Образац РИЛ-2: Ред: Укупно: колона: 8***	**Б1/И1 Х 100**
2	Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног лекара	Укупан број поновних прегледа ради лечења и укупан број посебних прегледа ради допунске дијагностике и даљег лечења (1200047; 1200054) ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: колона 2***	Укупан број првих прегледа ради лечења (1200039) ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: Колона 1***	**Б2/И2**
3	Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код лекара	Укупан број упута за специјалистичко-консултативне прегледе ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: колона 4***	Укупан број прегледа и посета изабраног лекара (1200013; 1000223; 1000025; 1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207) ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: Збир колона 5 и 6***	**Б3/И3 Х 100**
4	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара.	Укупан број превентивних прегледа (1200013; 1000223; 1000025) ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: колона 5***	Укупан број прегледа и посета изабраног лекара (1200013; 1000223; 1000025; 1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207) ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: Збир колона 5 и 6***	**Б4/И4 Х 100**

Р.БР.	НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА	(Б)РОЈИЛАЦ	(И)МЕНИЛАЦ	ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА
0	1	2	3	4
5	Обухват регистрованих корисника старијих од 65 година вакцинацијом против сезонског грипа.	Број регистрованих корисника старијих од 65 година који су вакцинисани против сезонског грипа (1000025) ***Образац СОМ-4:*** ***Ред: Укупно: колона 1***	Укупан број регистрованих корисника старијих од 65 година ***Образац РИЛ-2:*** ***Ред: Укупно: Збир колона: 4 и 5***	**Б5/И5 Х 100**
6	Проценат оболелих од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је на последњем контролном прегледу, вредност крвног притиска била нижа од 140/90.	Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90 ***Образац КП-2:*** ***Ред: Укупно: колона 1***	Укупан број регистрованих корисника оболелих од повишеног крвног притиска (И10-И15) ***Образац РИЛ-2:*** ***Ред: Укупно: колона: 7***	**Б6/И6 Х 100**
7	Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) који су упућени на преглед очног дна.	Број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) који су у претходној години упућени на преглед очног дна ***Образац СОМ-4:*** ***Ред: Укупно: колона 3***	Укупан број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) ***Образац РИЛ-2:*** ***Ред: Укупно: колона: 6***	**Б7/И7 Х 100**
8	Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) код којих је бар једном одређена вредност гликолизираног хемоглобина (ХбА1ц).	Број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) код којих је у претходној години бар једном одређена вредност гликолизираног хемоглобина (HbA1c) ***Образац СОМ-4:*** ***Ред: Укупно: колона 2***	Укупан број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) ***Образац РИЛ-2:*** ***Ред: Укупно: колона: 6***	**Б8/И8 Х 100**
9	Проценат регистрованих корисника у чији је здравствени картон убележена вредност крвног притиска, индекс телесне масе - ИТМ, пушачки статус и препоручени савети за здраво понашање.	Број регистрованих корисника којима су у претходној години у здравствени картон убележени: крвни притисак, индекс телесне масе - ИТМ и пушачки статус и препоручени савети за здраво понашање ***Образац СОМ-4:*** ***Ред: Укупно: колона 6***	Укупан број регистрованих корисника ***Број регистриваних осигураника из Регистрације изабраног лекара - Образац РИЛ-2:*** ***Ред: Укупно: колона: 8***	**Б9/И9 Х 100**

Р.БР.	НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА	(Б)РОЈИЛАЦ	(И)МЕНИЛАЦ	ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА
0	1	2	3	4
10	Проценат регистрованих корисника старијих од 50 година којима је урађен тест на крвављење у столици (хемокулт тест).	Број регистрованих корисника старијих од 50 година којима је у претходној години урађен тест на крвављење у столици (хемокулт тест-1000223) ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: колона 3***	Укупан број регистрованих корисника старијих од 50 година ***Образац РИЛ-2: Ред: Укупно: збир колона: 3, 4 и 5***	**Б10/И10 Х 100**
11	Проценат епизода са тонзилофарингитисом (J02, J03) код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином.	Број епизода са тонзилофарингитисом (J02, J03) код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином ***Образац СОМ-4: Ред: Укупно: колона 5***	Укупан број епизода са тонзилофарингитисом лечених у претходној години ***Образац СОМ-4: Ред: Укупно: колона 4***	**Б11/И11 Х 100**

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА РАДА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р.БР.	НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА	БРОЈИЛАЦ	ИМЕНИЛАЦ	ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА
0	1	2	3	4
1	Проценат регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара.			
2	Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног лекара			
3	Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код лекара			
4	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара.			
5	Обухват регистрованих корисника старијих од 65 година вакцинацијом против сезонског грипа.			
6	Проценат оболелих од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је на последњем контролном прегледу, вредност крвног притиска била нижа од 140/90.			
7	Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) који су упућени на преглед очног дна.			
8	Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) код којих је бар једном одређена вредност гликолизираног хемоглобина (ХбА1ц).			
9	Проценат регистрованих корисника у чији је здравствени картон убележена вредност крвног притиска, индекс телесне масе - ИТМ, пушачки статус и препоручени савети за здраво понашање.			
10	Проценат регистрованих корисника старијих од 50 година којима је урађен тест на крвављење у столици (хемокулт тест).			
11	Проценат епизода са тонзилофарингитисом (J02, J03) код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином.			

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

Члан 5. Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обавља изабрани лекар – доктор медицине специјалиста педијатрије у служби за здравствену заштиту деце и омладине

Обрасци:

1. **РИП-1** – Евиденција о броју регистрованих осигураника изабраног педијатра за текућу годину
2. **РИП-2** – Евиденција о броју регистрованих осигураника у служби за здравствену заштиту деце и омладине за текућу годину
3. **ИП-1** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
4. **ИП-2** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
5. **СП-1** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту деце и омладине
6. **СП-2** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту деце и омладине
7. **СП-3** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту деце и омладине
8. **СП-4** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту деце и омладине
9. **П** – Извештај о показатељима квалитета изабраних лекара у служби за здравствену заштиту деце и омладине за текућу годину

Сваки изабрани лекар/педијатар у служби за здравствену заштиту деце и омладине треба да има листу регистрованих осигураника:

А) Укупан број свих регистрованих осигураника/ пацијената
Б) Број регистрованих осигураника/ пацијената старости 14 година (у 8. разреду основне школе)
В) Број предгојазне и гојазне деце регистроване на систематским и контролним прегледима

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА РИП-1

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА ИЗАБРАНОГ ПЕДИЈАТРА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
*Назив пункта.*Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА
Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ ЛЕКАРА
У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

Колона 1: **0 година (одојче).** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

Колона 2: 1–6. Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

Колона 3: **7–18.** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

Колона 4: **14 година (вакцинални статус).** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине, односно оних који похађају осми разред основне школе.

Колона 5: **Укупно осигураника (1+2+3).** Уписати укупан број регистрованих осигураника. Број се добија сумирањем бројева из колона 1, 2 и 3.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА ИЗАБРАНОГ ПЕДИЈАТРА

ЗА ___ __ ___ годину

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив пункта _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_

Р.БР.	0 ГОДИНА (ОДОЈЧЕ)	1–6 ГОДИНА	7–18 ГОДИНА	14 ГОДИНА (VIII РАЗРЕД - ВАКЦИНАЛНИ СТАТУС)	УКУПНО ОСИГУРАНИКА (1+2+3)
0	1	2	3	4	5
Број осигураника					

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА РИП-2

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Име и презиме изабраног педијатра. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара/педијатра, да би се омогућило праћење броја регистрованих осигураника за сваког лекара/ педијатра на нивоу здравствене установе.

Колоне 1-5: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Број осигураника» за одговарајаћег изабраног лекара/ педијатра из Обрасца РИП-1.

Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби за здравствену заштиту деце и омладине у здравственој установи.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1,2,3,4 и 5.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту деце и омладине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА
У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

ЗА _____ годину

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ИЗАБРАНОГ ПЕДИЈАТРА	0 ГОДИНА (ОДОЈЧЕ)	1–6 ГОДИНА	7–18 ГОДИНА	14 ГОДИНА (ВАКЦИНАЛНИ СТАТУС)	УКУПНО ОСИГУРАНИКА (1+2+3)
0	1	2	3	4	5
Укупно					

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ИП-1

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
*Назив пункта.*Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА
Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ ЛЕКАРА
У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

Колона 0: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: **Први преглед ради лечења (1100064).** Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за одређени датум (дан).

Колона 2: Поновни преглед ради лечења (1100072; 1100080). Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

Колона 3: **Број упута за специјалистичко консултативни преглед.** Уписати укупан број издатих упута за специјалистичко консултативни преглед за одређени датум (дан).
Напомена: узимају се у обзир интерни (у оквиру установе), екстерни (према другој установи примарног нивоа) и упути на виши ниво (секундарни и терцијарни ниво).

Колона 4: **Превентивни прегледи (1100015; 1100023; 1100049; 1100056; 1100025; 1100031; 22000103-18).** Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

Колона 5: Остали прегледи (1100064; 1100072; 1100080; 1000017;1000215; 1000207; 2200103-19). Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
ЗА МЕСЕЦ _____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив пункта _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА **l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l**

Датум	Први преглед ради лечења 1100064	Поновни прегледи ради лечења 1100072; 1100080;	Број упута за специјалист. преглед	Превентивни прегледи 1100015; 1100023; 1100049, 1100056; 1100025; 1100031; 2200103-18	Остали прегледи 1100064; 1100072; 1100080; 1000017; 1000215; 1000207; 2200103-19;
0	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
Укупно					

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ИП-2

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
*Назив пункта.*Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА
Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ ЛЕКАРА
У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

Колона 0: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: **Број првих прегледа деце (1100064) са дијагнозом J00-J06.** Уписати укупан број првих прегледа деце ради лечења (1100064) са дијагнозом J00-J06 за одређени датум (дан).

Колона 2: Број првих прегледа деце (1100064) са дијагнозом J00-J06 и са прописаном антибиотском терапијом (АБ) било ког облика. Уписати укупан број првих прегледа деце ради лечења (1100064) са дијагнозом J00-J06 при којима је прописана антибиотска терапија (било ког облика) за одређени датум (дан).

Колона 3: **Број куративних прегледа са прописаном АБ терапијом (све дијагнозе).** Уписати укупан број куративних прегледа (1100064; 1100072; 1100080) при којима је прописан било који облик антибиотске терапије (све дијагнозе) за одређени датум (дан).

Колона 4: **Број куративних прегледа са прописаном ампулираном АБ терапијом (све дијагнозе).** Уписати укупан број куративних прегледа (1100064; 1100072; 1100080) при којима је прописан ампулиран облик антибиотске терапије (све дијагнозе) за одређени датум (дан).

Колона 5: **Број предгојазне и гојазне деце дијагностиковане при систематским и контролним прегледима.** Уписати укупан број предгојазне и гојазне деце дијагностиковане при систематским и контролним прегледима за одређени датум (дан).
Напомена: Уважавају се све методе за одређивање гојазности код деце.

Колона 6: Број предгојазне и гојазне деце којима је дат савет о правилној исхрани. Уписати укупан број предгојазне и гојазне деце код које је при систематском и/или контролним прегледу дат савет о правилној исхрани и исти (савет) забележен у медицинској документацији за одређени датум (дан).
Напомена: Подразумева једном у току године.

Колона 7: Број деце у 15. години (8. разред) са комплетном имунизацијом. Уписати број деце са верификованом (медицинском документацијом) комплетном имунизацијом при систематском/ контролном прегледу (последња трећа ревакцинација за дТ и ОПВ) за одређени датум (дан).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.
Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.
На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
ЗА МЕСЕЦ _____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив пункта _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА **l_l_l_l_l_l_l_l_l_l_l_l_l_l**

Датум	Број првих прегледа (1100064) деце са Dg J00-J06	Број 1100064 деце са Dg J00-J06 и са прописаном АБ терапијом (било ког облика)	Број куративних прегледа са прописаном АБ терапијом (све дијагнозе)	Број куративних прегледа са прописаном ампулираном АБ терапијом (све дијагнозе)	Број предгојазне и гојазне деце дијагностиковане при систематским и контролним прегледима	Број предгојазне и гојазне деце којима је дат савет о правилној исхрани	Број деце у 15. години (8.разред) са комплетном имунизацијом
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
Укупно							

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СП-1

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Име и презиме изабраног лекара. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара/ педијатра, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

Колоне 1-5: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца ИП-1.

Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби здравствене заштите деце и омладине у здравственој установи.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4 и 5.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту деце и омладине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ
ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

ЗА МЕСЕЦ _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Име и презиме изабраног лекара	Први преглед ради лечења 1100064	Поновни прегледи ради лечења 1100072; 1100080;	Број упута за специјалист. преглед	Превентивни прегледи 1100015; 1100023; 1100049, 1100056; 1100025; 1100031; 2200103-18	Остали прегледи 1100064; 1100072; 1100080; 1000017; 1000215; 1000207; 2200103-19;
0	1	2	3	4	5
Укупно					

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СП-2

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Име и презиме изабраног лекара. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара/ педијатра, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

Колоне 1-7: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца ИП-2.

Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби здравствене заштите деце и омладине у здравственој установи.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту деце и омладине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ
ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

ЗА МЕСЕЦ _____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____

Име и презиме изабраног лекара	Број првих прегледа (1100064) деце са Dg J00-J06	Број 1100064 деце са Dg J00-J06 и са прописаном АБ терапијом (било ког облика)	Број куративних прегледа са прописаном АБ терапијом (све дијагнозе)	Број куративних прегледа са прописаном ампулираном АБ терапијом (све дијагнозе)	Број предгојазне и гојазне деце дијагностиковане при систематским и контролним прегледима	Број предгојазне и гојазне деце којима је дат савет о правилној исхрани	Број деце у 15. години (8.разред) са комплетном имунизацијом
0	1	2	3	4	5	6	7
Укупно							

Извештај урадио/ла _____ **Потпис и факсимил начелника** _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СП-3

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава месец у години за који се уносе подаци.
Колоне 1-5: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајући месец у години из Обрасца СП-1.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4 и 5.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту деце и омладине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

ЗА _____год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____

Месец	Први преглед ради лечења 1100064	Поновни прегледи ради лечења 1100072; 1100080;	Број упута за специјалист. преглед	Превентивни прегледи 1100015; 1100023; 1100049, 1100056; 1100025; 1100031; 2200103-18	Остали прегледи 1100064; 1100072; 1100080; 1000017; 1000215; 1000207; 2200103-19;
0	1	2	3	4	5
Јануар					
Фебруар					
Март					
Април					
Мај					
Јун					
Јул					
Август					
Септембар					
Октобар					
Новембар					
Децембар					
Укупно					

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СП-4

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава месец у години за који се уносе подаци
Колоне 1-7: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајући месец у години из Обрасца СП-2.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту деце и омладине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

ЗА _____год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____

Месец	Број првих прегледа (1100064) деце са Dg J00-J06	Број 1100064 деце са Dg J00-J06 и са прописаном АБ терапијом (било ког облика)	Број куративних прегледа са прописаном АБ терапијом (све дијагнозе)	Број куративних прегледа са прописаном ампулираном АБ терапијом (све дијагнозе)	Број предгојазне и гојазне деце дијагностиковане при систематским и контролним прегледима	Број предгојазне и гојазне деце којима је дат савет о правилној исхрани	Број деце у 15. години (8.разред) са комплетном имунизацијом
0	1	2	3	4	5	6	7
Јануар							
Фебруар							
Март							
Април							
Мај							
Јун							
Јул							
Август							
Септембар							
Октобар							
Новембар							
Децембар							
Укупно							

Извештај урадио/ла _____ **Потпис и факсимил начелника** _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА П

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

Извештај се формира за ниво здравствене установе у целини.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Р.БР.	**НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА**	**(Б)**РОЈИЛАЦ	**(И)**МЕНИЛАЦ	**ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА**
0	1	2	3	4
1	Проценат регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара.	Број регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног педијатра у претходној години ***Број регистрованих осигураника из електронске фактуре***	Укупан број регистрованих корисника ***Број регистриваних осигураника из Регистрације изабраног педијатра - Образац РИП-2: Ред: Укупно: колона: 5***	**Б1/И1 Х 100**
2	Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног лекара	Укупан број поновних прегледа ради лечења и укупан броја посебних прегледа ради допунске дијагностике и даљег лечења ***Образац СП-3: Ред: Укупно: колона 2***	Укупан број првих прегледа ради лечења ***Образац СП-3: Ред: Укупно: колона 1***	**Б2/И2**
3	Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код лекара	Укупан број упута за специјалистичко-консултативне прегледе ***Образац СП-3: Ред: Укупно: колона 3***	Укупан број прегледа и посета изабраног педијатра ***Образац СП-3: Ред: Укупно: Збир колона 4 и 5***	**Б3/И3 Х 100**
4	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара.	Укупан број превентивних прегледа ***Образац СП-3: Ред: Укупно: колона 4***	Укупан број прегледа и посета изабраног педијатра ***Образац СП-3: Ред: Укупно: Збир колона 4 и 5***	**Б4/И4 Х 100**
5	Проценат епизода са акутним инфекцијама горњих дисајних путева (J00-J06) код којих је при првом прегледу прописан антибиотик.	Број епизода акутних инфекција горњих дисајних путева (J00-J06) код којих је при првом прегледу прописан антибиотик ***Образац СП-4: Ред: Укупно: колона 2***	Укупан број епизода акутних инфекција горњих дисајних путева лечених у претходној години ***Образац СП-4: Ред: Укупно: колона 1***	**Б5/И5 Х 100**

Р.БР.	НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА	(Б)РОЈИЛАЦ	(И)МЕНИЛАЦ	ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА
0	1	2	3	4
6	Проценат епизода свих обољења код деце лечених антибиотицима у којим је ординирана ампулирана терапија.	Број епизода лечених ампулираном терапијом антибиотицима ***Образац СП-4: Ред: Укупно: колона 4***	Укупан број епизода које су лечене антибиотицима у претходној години ***Образац СП-4: Ред: Укупно: колона 3***	**Б6/И6 Х 100**
7	Проценат предгојазне/гојазне деце у чији је здравствени картон убележен статус ухрањености и дат савет о правилној исхрани.	Број предгојазне и гојазне деце на основу процене статуса ухрањености на било који од данас прихваћених начина којима је дат савет о правилној исхрани ***Образац СП-4: Ред: Укупно: колона 6***	Укупан број предгојазне и гојазне деце ***Образац СП-4: Ред: Укупно: колона 5***	**Б7/И7 Х 100**
8	Обухват деце у 15. години живота комплетном имунизацијом	Број деце у 15. години живота са комплетном имунизацијом ***Образац СП-4: Ред: Укупно: колона 7***	Укупан број регистроване деце у 15. години живота ***Образац РИП-2: Ред: Укупно: колона: 4***	**Б8/И8 Х 100**

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО:_____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА РАДА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р.БР.	НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА	БРОЈИЛАЦ	ИМЕНИЛАЦ	ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА
0	1	2	3	4
1	Проценат регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара.			
2	Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног лекара			
3	Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код лекара			
4	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара.			
5	Проценат епизода са акутним инфекцијама горњих дисајних путева (J00-J06) код којих је при првом прегледу прописан антибиотик.			
6	Проценат епизода свих обољења код деце лечених антибиотицима у којим је ординирана ампулирана терапија.			
7	Проценат предгојазне/гојазне деце у чији је здравствени картон убележен статус ухрањености и дат савет о правилној исхрани.			
8	Обухват деце у 15. години живота комплетном имунизацијом			

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

Члан 6. Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обавља изабрани лекар – доктор медицине специјалиста гинекологије у служби за здравствену заштиту жена

Обрасци:

1. **РИГ-1** – Евиденција о броју регистрованих осигураника изабраног гинеколога за текућу годину
2. **РИГ-2** - Евиденција о броју регистрованих осигураника у служби за здравствену заштиту жена за текућу годину
3. **ИГ** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
4. **СГ-1** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту жена
5. **СГ-2** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту жена
6. **Г** – Извештај о показатељима квалитета изабраних лекара у служби за здравствену заштиту жена за текућу годину

Сваки изабрани лекар/ гинеколог у служби здравствене заштите жена треба да има листу регистрованих осигураница.

А) Укупан број свих регистрованих осигураница/ пацијенткиња
Б) Број регистрованих осигураница/ пацијенткиња старости 25-69 година
В) Број регистрованих осигураница/ пацијенткиња старости 45-69 година

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА РИГ-1

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИЦА ИЗАБРАНОГ ГИНЕКОЛОГА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
*Назив пункта.*Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА
Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ ЛЕКАРА
У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

Колона 1: **15 и више година.** Уписати укупан број регистрованих осигураница ове добне скупине. Уједно представља и укупан број регистрованих осигураница.

Колона 2: 15-49. Уписати укупан број регистрованих осигураница ове добне скупине.

Колона 3: **25-69 (Циљани преглед на рак грлића материце).** Уписати укупан број регистрованих осигураница ове добне скупине.

Колона 4: **30-69 (Циљани преглед на рак дојке).** Уписати укупан број регистрованих осигураница ове добне скупине.

Колона 5: **45-69 (Мамографија).** Уписати укупан број регистрованих осигураница ове добне скупине.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИЦА ИЗАБРАНОГ ГИНЕКОЛОГА

ЗА _____ ___ годину

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив пункта _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I

Р.БР.	15 И ВИШЕ ГОДИНА	15-49 ПРЕВЕНТИВНИ ПРЕГЛЕД	25-69 (Ц.П. НА РАК ГРЛИЋА МАТЕРИЦЕ)	30-69 (Ц.П. НА РАК ДОЈКЕ)	45-69 (МАМОГРАФИЈА)
0	1	2	3	4	5
Број осигураница					

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА РИГ-2

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИЦА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Име и презиме изабраног гинеколога. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара/гинеколога, да би се омогућило праћење броја регистрованих осигураница за сваког лекара/ гинеколога на нивоу здравствене установе.

Колоне 1-5: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Број осигураница» за одговарајућег изабраног лекара/ гинеколога из Обрасца РИГ-1.

Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби за здравствену заштиту жена у здравственој установи.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4 и 5.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту жена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИЦА
У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА

ЗА _____ годину

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА	15 И ВИШЕ ГОДИНА	15-49 ПРЕВЕНТИВНИ ПРЕГЛЕД	25-69 (Ц.П. НА РАК ГРЛИЋА МАТЕРИЦЕ)	30-69 (Ц.П. НА РАК ДОЈКЕ)	45-69 (МАМОГРАФИЈА)
0	1	2	3	4	5
Укупно					

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ИГ

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
*Назив пункта.*Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА
Уписати пуно име и презиме лекара
ЈМБГ ЛЕКАРА
У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

Колона 0: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: **Први преглед ради лечења (1300060).** Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за одређени датум (дан).

Колона 2: Поновни преглед ради лечења (1300078). Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за одређени датум (дан).

Колона 3: Циљани преглед на рак грлића материце (1300029) (25-69). Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за осигуранице старости 25 до 69 година за одређени датум (дан).

Колона 4: Циљани преглед на рак дојке (мамографија) (1300144) (45-69). Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за осигуранице старости 45 до 69 година којима је издат упут за мамографију за одређени датум (дан).

Колона 5: **Број упута за специјалистичко-консултативни преглед.** Уписати укупан број издатих упута за специјалистичко консултативни преглед за одређени датум (дан).
Напомена: узимају се у обзир интерни (у оквиру установе), екстерни (према другој установи примарног нивоа) и упути на виши ниво (секундарни и терцијарни ниво).

Колона 6: **Превентивни прегледи (1300011; 1300029; 1300144; 1300151; 1300037; 1300045; 1300052; 1300169; 2200079-14).** Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

Колона 7: Остали прегледи (1300060; 1300078; 1000017; 1300086; 1300094; 1300136; 1300102; 1300110; 1300128; 2200079-15; 2200103-17; 1000215; 1000207; 1300177). Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
ЗА МЕСЕЦ _____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив пункта _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
ЈМБГ ЛЕКАРА **l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l**

Датум	Први преглед ради лечења 1300060	Поновни преглед ради лечења 1300078	Циљани преглед на рак грлића материце (25-69) 1300029	Циљани преглед на рак дојке (мамографија) (45-69) 1300144	Број упута за специјалистички преглед	Превентивни прегледи 1300011; 1300029; 1300144; 1300151; 1300037; 1300045; 1300052; 1300169; 2200079-14;	Остали прегледи 1300060; 1300078; 1000017; 1300086; 1300094; 1300136; 1300102; 1300110; 1300128; 2200079-15; 2200103-17; 1000215;1000207; 1300177;
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
Укупно							

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СГ-1

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Име и презиме изабраног лекара. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара/ гинеколога, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара/ гинеколога на нивоу здравствене установе.

Колоне 1-7: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца ИГ-1.

Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби за здавствену заштиту жена у здравственој установи.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4 , 5, 6 и 7.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту жена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА

ЗА МЕСЕЦ _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Име и презиме изабраног гинеколога	Први преглед ради лечења 1300060	Поновни преглед ради лечења 1300078	Циљани преглед на рак грлића материце (25-69) 1300029	Циљани преглед на рак дојке (мамографија) (45-69) 1300144	Број упута за специјалистички преглед	Превентивни прегледи 1300011; 1300029; 1300144; 1300151; 1300037; 1300045; 1300052; 1300169; 2200079-14;	Остали прегледи 1300060; 1300078; 1000017; 1300086; 1300094; 1300136; 1300102; 1300110; 1300128; 2200079-15; 2200103-17; 1000215; 1000207; 1300177;
0	1	2	3	4	5	6	7
Укупно							

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СГ-2

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава месец у години за који се уносе подаци.

Колоне 1-7: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајући месец у години из Обрасца СГ-1.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3 ,4, 5, 6 и 7.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту жена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.
.

ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА
У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА

ЗА _____год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Месец	Први преглед ради лечења 1300060	Поновни преглед ради лечења 1300078	Циљани преглед на рак грлића материце (25-69) 1300029	Циљани преглед на рак дојке (мамографија) (45-69) 1300144	Број упута за специјалистички преглед	Превентивни прегледи 1300011; 1300029; 1300144; 1300151; 1300037; 1300045; 1300052; 1300169; 2200079-14;	Остали прегледи 1300060; 1300078; 1000017; 1300086; 1300094; 1300136; 1300102; 1300110; 1300128; 2200079-15; 2200103-17; 1000215; 1000207; 1300177;
0	1	2	3	4	5	6	7
Јануар							
Фебруар							
Март							
Април							
Мај							
Јун							
Јул							
Август							
Септембар							
Октобар							
Новембар							
Децембар							
Укупно							

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА Г

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА

Извештај се формира за ниво здравствене установе у целини.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Р.БР.	**НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА**	**(Б)**РОЈИЛАЦ	**(И)**МЕНИЛАЦ	**ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА**
0	1	2	3	4
1	Проценат регистрованих корисница које су из било ког разлога посетиле свог изабраног гинеколога.	Број регистрованих корисница које су из било ког разлога посетиле свог изабраног гинеколога у претходној години ***Број регистрованих осигураница из електронске фактуре***	Укупан број регистрованих корисница ***Број регистриваних осигураница из Регистрације изабраног лекара*** ***Образац РИГ-2: Ред: Укупно: колона: 1***	**Б1/И1 Х 100**
2	Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног гинеколога.	Укупан броја поновних прегледа ради лечења ***Образац СГ-2 Ред: Укупно: колона 2***	Укупан број првих прегледа ради лечења ***Образац СГ-2 Ред: Укупно: колона 1***	**Б2/И2**
3	Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код гинеколога.	Укупан број упута за специјалистичко-консултативне прегледе ***Образац СГ-2: Ред: Укупно: колона 5***	Укупан број прегледа и посета изабраног гинеколога. ***Образац СГ-2: Ред: Укупно: Збир колона 6 и 7***	**Б3/И3 Х 100**
4	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код гинеколога.	Укупан број превентивних прегледа ***Образац СГ-2: Ред: Укупно: колона 6***	Укупан број прегледа и посета изабраног гинеколога. ***Образац СГ-2: Ред: Укупно: Збир колона 6 и 7***	**Б4/И4 Х 100**
5	Проценат корисница од 25 до 69 година старости обухваћених циљаним прегледом ради раног откривање рака грлића материце.	Број регистрованих корисница од 25 до 69 година старости код којих је у претходној години обављен циљани преглед ради раног откривање рака грлића материце ***Образац СГ-2: Ред: Укупно: колона 3***	Укупан број регистрованих корисница ове старости ***Образац РИГ-2: Ред: Укупно: колона: 3***	**Б5/И5 Х 100**
6	Проценат корисница од 45 до 69 година старости које су упућене на мамографију од било ког изабраног гинеколога у последњих 12 месеци.	Број регистрованих корисница од 45 до 69 година старости које су у претходној години упућене на мамографију од стране изабраног гинеколога ***Образац СГ-2: Ред: Укупно: колона 4***	Укупан број регистрованих корисница ове старости ***Образац РИГ-2: Ред: Укупно: колона: 4***	**Б6/И6 Х 100**

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО:_____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА РАДА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р.БР.	НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА	БРОЈИЛАЦ	ИМЕНИЛАЦ	ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА
0	1	2	3	4
1	Проценат регистрованих корисница које су из било ког разлога посетиле свог изабраног гинеколога.			
2	Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног гинеколога.			
3	Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код гинеколога.			
4	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код гинеколога.			
5	Проценат корисница од 25 до 69 година старости обухваћених циљаним прегледом ради раног откривање рака грлића материце.			
6	Проценат корисница од 45 до 69 година старости које су упућене на мамографију од било ког изабраног гинеколога у последњих 12 месеци.			

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

Члан 7. Завод за здравствену заштиту студената - показатељи квалитета изабраног лекара опште медицине

Показатељи 1-9 овог члана се прикупљају коришћењем образаца под редним бројем 1-12 **члана 4.** (изабрани лекар опште медицине) уз финални образац за годишњи извештај (ЗЗС-ОМ).

1. **РИЛ-1** – Евиденција о броју регистрованих осигураника изабраног лекара за текућу годину
2. **РИЛ-2** – Евиденција о броју регистрованих осигураника у служби опште медицине за текућу годину
3. **ИЛОМ-1** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
4. **ИЛОМ-2** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
5. **СОМ-1** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
6. **СОМ-2** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
7. **СОМ-3** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
8. **СОМ-4** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
9. **Шећерна болест Е10-Е14** – Евиденција о превентивним прегледима дијабетичара за текућу годину
10. **Повишен крвни притисак И10-И15** – Евиденција о пацијентима са артеријском хипертензијом за текућу годину
11. **КП-1** – Годишња евиденција о пацијентима са повишеним крвним притиском за текућу годину
12. **КП-2** – Годишња евиденција о пацијентима са повишеним крвним притиском у служби опште медицине за текућу годину

Напомена: Не прикупљају се подаци за показатеље број 5 и 10 члана 4. Поља у обрасцима која се односе на ове показатеље не треба попуњавати.

13. **ЗЗС-ОМ** – Извештај о показатељима квалитета изабраних лекара у служби опште медицине у заводима за здравствену заштиту студената за текућу годину

Показатељ број 10. тј **Проценат неподигнутих резултата након саветовања и тестирања на ХИВ,** је показатељ који се односи на целу текућу годину и извештава се само у годишњем, извештајном обрасцу. Ово је показатељ квалитета рада Центра за превенцију сиде и полно преносивих инфекција и/или саветовалишта за добровољно поверљиво саветовање и тестирање на ХИВ. Подаци о броју пружених услуга саветовања, тестирања и броју неподигнутих резултата добијају се из информационих система овог центра/саветовалишта.

Након једногодишњег периода попуњени извештај ЗЗС-ОМ се доставља надлежном институту/заводу за јавно здравље.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ЗЗС-ОМ

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ У ЗАВОДИМА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ СТУДЕНАТА

Извештај се формира за ниво здравствене установе у целини.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Р.БР.	**НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА**	**(Б)**РОЈИЛАЦ	**(И)**МЕНИЛАЦ	**ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА**
0	1	2	3	4
1	Проценат регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара.	Број регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара у претходној години ***Број регистрованих осигураника из електронске фактуре***	Укупан број регистрованих корисника ***Број регистриваних осигураника из Регистрације изабраног лекара - Образац РИЛ-2: Ред: Укупно: колона: 8***	**Б1/И1 Х 100**
2	Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног лекара	Укупан број поновних прегледа ради лечења и укупан број посебних прегледа ради допунске дијагностике и даљег лечења ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: колона 2***	Укупан број првих прегледа ради лечења ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: колона 1***	**Б2/И2**
3	Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код лекара	Укупан број упута за специјалистичко-консултативне прегледе ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: колона 4***	Укупан број прегледа и посета изабраног лекара ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: Збир колона 5 и 6***	**Б3/И3 Х 100**
4	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара.	Укупан број превентивних прегледа ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: колона 5***	Укупан број прегледа и посета изабраног лекара ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: Збир колона 5 и 6***	**Б4/И4 Х 100**
5	Проценат оболелих од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је на последњем контролном прегледу, вредност крвног притиска била нижа од 140/90.	Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90 ***Образац КП-2: Ред: Укупно: колона 1***	Укупан број регистрованих корисника оболелих од повишеног крвног притиска (И10-И15) ***Образац РИЛ-2: Ред: Укупно: колона: 7***	**Б5/И5 Х 100**

Р.БР.	НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА	(Б)РОЈИЛАЦ	(И)МЕНИЛАЦ	ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА
0	1	2	3	4
6	Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) који су упућени на преглед очног дна.	Број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) који су у претходној години упућени на преглед очног дна ***Образац СОМ-4: Ред: Укупно: колона 3***	Укупан број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) ***Образац РИЛ-2: Ред: Укупно: колона: 6***	**Б6/И6 Х 100**
7	Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) код којих је бар једном одређена вредност гликолизираног хемоглобина (ХбА1ц).	Број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) код којих је у претходној години бар једном одређена вредност гликолизираног хемоглобина (ХбА1ц) ***Образац СОМ-4: Ред: Укупно: колона 2***	Укупан број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) ***Образац РИЛ-2: Ред: Укупно: колона: 6***	**Б7/И7 Х 100**
8	Проценат регистрованих корисника у чији је здравствени картон убележена вредност крвног притиска, индекс телесне масе - ИТМ, пушачки статус и препоручени савети за здраво понашање.	Број регистрованих корисника којима су у претходној години у здравствени картон убележени: крвни притисак, индекс телесне масе - ИТМ и пушачки статус и препоручени савети за здраво понашање ***Образац СОМ-4: Ред: Укупно: колона 6***	Укупан број регистрованих корисника ***Број регистриваних осигураника из Регистрације изабраног лекара - Образац РИЛ-2: Ред: Укупно: колона: 8***	**Б8/И8 Х 100**
9	Проценат епизода са тонзилофарингитисом (J02, J03) код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином.	Број епизода са тонзилофарингитисом (J02, J03) код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином ***Образац СОМ-4: Ред: Укупно: колона 5***	Укупан број епизода са тонзилофарингитисом лечених у претходној години ***Образац СОМ-4: Ред: Укупно: колона 4***	**Б9/И9 Х 100**
10	Проценат неподигнутих резултата након саветовања и тестирања на ХИВ.	Укупан број неподигнутих резултата након саветовања и тестирања на ХИВ.	Укупан број особа упућених на тестирање (тест урађен)	**Б10/И10 Х 100**

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари у здравственој заштити студената - образац ЗЗС-ОМ

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА
У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ
У ЗАВОДИМА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ СТУДЕНАТА
ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Р.БР.	НАЗИВ ПОКАЗАТЕЉА	БРОЈИЛАЦ	ИМЕНИЛАЦ	ВРЕДНОСТ ПОКАЗАТЕЉА
0	1	2	3	4
1	Проценат регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара			
2	Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног лекара			
3	Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код лекара			
4	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара			
5	Проценат оболелих од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је на последњем контролном прегледу, вредност крвног притиска била нижа од 140/90			
6	Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) који су упућени на преглед очног дна			
7	Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) код којих је бар једном одређена вредност гликолизираног хемоглобина (ХбА1ц)			
8	Проценат регистрованих корисника у чији је здравствени картон убележена вредност крвног притиска, индекс телесне масе - ИТМ, пушачки статус и препоручени савети за здраво понашање			
9	Проценат епизода са тонзилофарингитисом (J02, J03) код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином			
10	Проценат неподигнутих резултата након саветовања и тестирања на ХИВ			

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

Члан 8. Завод за здравствену заштиту студената - показатељи квалитета изабраног лекара гинеколога

Показатељи 1-4 овог члана се прикупљају коришћењем образаца под редним бројем 1-6 **члана 4.** (изабрани лекар – доктор медицине специјалиста гинекологије у служби за здравствену заштиту жена).

1. **РИГ-1** – Евиденција о броју регистрованих осигураника изабраног гинеколога за текућу годину
2. **РИГ-2** - Евиденција о броју регистрованих осигураника у служби за здравствену заштиту жена за текућу годину
3. **ИГ** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
4. **СГ-1** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту жена
5. **СГ-2** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту жена
6. **Г** – Извештај о показатељима квалитета изабраних лекара у служби за здравствену заштиту жена за текућу годину

Напомена: Не прикупљају се подаци за показатеље број 5 и 6 члана 6. Поља у обрасцима која се односе на ове показатеље не треба попуњавати.

2. Стоматолошка здравствена заштита - дом здравља, завод/клиника за стоматологију, завод за здравствену заштиту студената, завод за здравствену заштиту радника

Обавезни показатељи квалитета који се прате у стоматолошкој здравственој заштити јесу:

1. **Проценат деце у седмој години живота обухваћених локалном апликацијом концентрованих флуорида**
   (Израчунава се као укупан број деце у седмој години живота која су имала макар једну серијску локалну апликацију концентрованих флуорида подељен са бројем прегледане деце истог узраста и помножен са 100)

2. **Проценат деце у дванаестој години живота обухваћених локалном апликацијом концентрованих флуорида**
   (Израчунава се као укупан број деце у дванаестој години живота која су имала макар једну серијску локалну апликацију концентрованих флуорида подељен са бројем прегледане деце истог узраста и помножен са 100)

3. **Проценат деце у седмој години живота са свим здравим зубима**
   *(Израчунава се као укупан број деце са свим здравим зубима **млечне и сталне** дентиције у седмој години живота, подељен са укупним бројем прегледане деце истог узраста и помножен са 100)*

4. **Проценат деце у дванаестој години живота са свим здравим сталним зубима**
   (Израчунава се као укупан број деце са свим здравим зубима сталне дентиције у дванаестој години живота, подељен са укупним бројем прегледане деце истог узраста и помножен са 100)

5. **КЕП код деце у дванаестој години живота**
   (Израчунава се као укупан број кариозних, екстрахираних и пломбираних сталних зуба прегледане деце у дванаестој години живота подељен са бројем прегледане деце истог узраста)

6. **Проценат деце код којих је на обавезном систематском прегледу у седмом разреду основне школе утврђено присуство нелечених ортодонтских аномалија**
   (Израчунава се као број деце седмог разреда основне школе код којих је утврђено присуство нелечене ортодонтске аномалије, подељен са бројем прегледане деце седмог разреда основне школе код које је утврђено присуство ортодонтске аномалије и помножен са 100)

7. **Проценат деце код којих је на обавезном систематском прегледу трећем разреду средње школе утврђено присуство нелечених ортодонтских аномалија**
   (Израчунава се као број деце узраста трећег разреда средње школе код којих је утврђено присуство нелечене ортодонтске аномалије, подељен са бројем прегледане деце трећег разреда средње школе код које је утврђено присуство ортодонтске аномалије и помножен са 100)

8. **Проценат трудница обухваћених превентивним прегледом**
   (Израчунава се као укупан број жена у трудноћи обухваћених превентивним стоматолошким прегледом, подељен са укупним бројем регистрованих трудница на територији дома здравља и помножен са 100)

9. **Проценат пацијената старијих од осамнаест година живота код којих је конзервативно третирана пародонтопатија**
   (Израчунава се као укупан број пацијената старијих од 18 година живота код којих је конзервативно лечена пародонтопатија, подељен са укупним бројем прегледаних пацијената тог узраста и помножен са 100)

10. **Проценат поновљених интервенција**
   (Израчунава се као укупан број поновљених интервенција, подељен са бројем укупних интервенција и помножен са 100).

За праћење показатеља из члана 9. **тачка 1**. (проценат деце у седмој години живота обухваћених локалном апликацијом концентрованих флуорида) и **тачка 3**. (проценат деце у седмој години живота са свим здравим зубима) Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите се користи **образац 1**. *Под појмом „дете у седмој години живота“ се подразумева дете од навршених шест година и један дан до навршених седам година. Изузетно се евидентирају и деца старија од навршених седам година иколико у том извештајном периоду се уписују или похађају први разред основне школе.*

За праћење показатеља из члана 9. **тачка 2**. (проценат деце у дванаестој години живота обухваћених локалном апликацијом концентрованих флуорида), **тачка 4**. (проценат деце у дванаестој години живота са свим здравим сталним зубима) и **тачка 5** (КЕП код деце у дванаестој години живота) Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите се користи **образац 2**. *Под појмом „дете у дванаестој години живота“ се подразумева дете од навршених једанаест година и један дан до навршених дванаест година, односно дете које у том извештајном периоду похађа пети разред основе школе.*

За праћење показатеља из члана 9. **тачка 6.** (проценат деце код којих је на обавезном систематском прегледу у седмом разреду основне школе утврђено присуство нелечених ортодонтских аномалија) Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите се користи **образац 3**. *Под појмом „обавезни систематски преглед“ подразумева се систематски стоматолошки преглед деце у седмом разреду основне школе. Под појмом "нелечене ортодонтске аномалије" подразумева се да је код пацијента утврђено присуство ортодонтске аномалије али се не спроводи ортодонтска терапија.*

За праћење показатеља из члана 9. **тачка 7.** (проценат деце код којих је на обавезном систематском прегледу у трећем разреду средње школе утврђено присуство нелечених ортодонтских аномалија) Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите се користи **образац 4.** *Под појмом „обавезни систематски преглед“ подразумева се систематски стоматолошки преглед деце у трећем разреду средње школе. подразумева се да је код пацијента утврђено присуство ортодонтске аномалије али се не спроводи ортодонтска терапија.*

За праћење показатеља из члана 9. **тачка 8**. (проценат трудница обухваћених превентивним прегледом), Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите се користи **образац 5**.

За праћење показатеља из члана 9. **тачка 9**. (проценат пацијената старијих од осамнаест година живота код којих је конзервативно третирана пародонтопатија) Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите се користи **образац 6.** *Под појмом „пацијент старији од 18 година живота“ подразумева се особа старија од навршених осамнаест година и један дан.*

За праћење показатеља из члана 9. **тачка 10**. (проценат поновљених интервенција) Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите се користи **образац 7**. *Под појмом поновљена интервенција сматра се поновљено заливање фисура у року од годину дана, испуна у року од две године и протетске надокнаде у року од четири године.*

Свака здравствена установа након једногодишњег периода, израчунавањем показатеља за установу у целини, формира извештај и попуњене **обрасце 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7** доставља окружном институту/заводу за јавно здравље.

Окружни институт/завод за јавно здравље прослеђује податке Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, који све податке везане за показатеље квалитета рада у области стоматолошке здравствене заштите, доставља у извештајној форми Заводу за стоматолошку здравствену заштиту стоматолошког факултета у Београду.

Завод за стоматолошку здравствену заштиту стоматолошког факултета у Београду врши контролу достављених података и о евентуалним изменама обавештава Институт за јавно здравље Србије, како би оне биле унете у базу података. На основу исконтролисаних података Завод за стоматолошку здравствену заштиту стоматолошког факултета у Београду сачињава анализу и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Извештаји се воде у служби стоматолошке здравствене заштите домова здравља и у заводу/клиници за стоматологију.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број деце у 7. години живота на територији коју покрива здравствена установа. Уписати број деце која живе на територији (општини) коју покрива здравствена установа.

Колона 2: **Број деце у 7. години живота обухваћених стоматолошким прегледом.** Уписати број деце код које је урађен стоматолошки преглед (према важећем Правилнику о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања) пред полазак у основну школу.

Колона 3: **Број деце у 7. години живота са свим здравим зубима.** Уписати број деце код којих је прегледом утврђено да имају здраве **све млечне и све сталне зубе.**
Напомена 1: Деца са свим здравим зубима су деца код којих прегледом није утврђено присуство каријеса или испуна на зубима млечне или сталне дентиције и са свим сталним заливеним првим моларима.
Напомена 2: Деца код којих зуби недостају услед природне смене зуба улазе у групу деце са здравим зубима.
Напомена 3: Деца код којих један или више зуба недостаје, а разлог екстракције је био каријес тих зуба, не рачунају се у групу деце са свим здравим зубима иако остали присутни зуби могу бити без каријеса или испуна.

Колона 4: Проценат деце у 7. години живота са свим здравим зубима. Израчунати и уписати вредност показатеља.
Израчунава се као укупан број деце са свим здравим зубима ***млечне и сталне дентиције као и сталним заливеним првим моларима*** *у седмој години живота (колона 3) подељен са укупним бројем прегледане деце истог узраста (колона 2) и помножен са 100.*

Колона 5: Број деце у 7. години живота обухваћених локалном апликацијом концентрованих флуорида. Уписати број деце у 7. години живота којима је у тој години урађена апликација концентрованих флуорида у једној серији.

Колона 6: Проценат деце у 7. години живота обухваћених локалном апликацијом концентрованих флуорида. Израчунати и уписати вредност показатеља.
Израчунава се као укупан број деце у 7. години живота која су имала макар једну серијску локалну апликацију концентрованих флуорида (колона 5) подељен са бројем прегледане деце истог узраста (колона 2)и помножен са 100.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број деце у 7. години живота	Број деце у 7. години живота обухваћених стоматолошким прегледом	Број деце у 7. години живота са свим здравим зубима	**Проценат деце у 7. години живота са свим здравим зубима**	Број деце у 7. години живота обухваћених локалном апликацијом флуорида	**Проценат деце у 7. години живота обухваћених локалном апликацијом флуорида**
1	2	3	4	5	6

Извештај урадио/ла _____ **ДИРЕКТОР** _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Извештаји се воде у служби стоматолошке здравствене заштите домова здравља и у заводу/клиници за стоматологију.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број деце 12 година старости. Уписати број деце која живе на територији (општини) коју покрива здравствена установа.

Колона 2: Број прегледане деце у 12 години живота. Уписати број деце код којих је урађен стоматолошки преглед (према важећем Правилнику о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања).

Колона 3: **Број деце у 12 години живота са здравим сталним зубима.** Уписати број деце код којих је прегледом утврђено да имају све здраве сталне зубе.
Напомена 1: Деца са свим здравим зубима су деца код које прегледом није утврђено присуство каријеса или испуна на зубима сталне дентиције.
Напомена 2: Деца код којих зуби недостају услед природне смене зуба улазе у групу деце са здравим зубима.
Напомена 3: Деца код којих један или више сталних зуба недостаје, а разлог екстракције је био каријес тих зуба, не могу се рачунати у групу деце са свим здравим сталним зубима иако остали присутни зуби могу бити без каријеса или испуна.

Колона 4: Проценат деце у у 12 години живота са свим здравим сталним зубима. Израчунати и уписати вредност показатеља.
Израчунава се као укупан број деце са свим здравим сталним зубима у 12 години живота (колона 3) подељен са бројем прегледане деце (колона 2) истог узраста и помножен са 100.

Колона 5: К. Број каријесних зуба код деце у 12 години живота. Уписати укупан број каријесних зуба утврђен при стоматолошком прегледу деце у 12 години живота.
Напомена 1: Клиничка оцена за постојање каријеса
Напомена 2: Зуб са привременим испуном или постојање само корена зуба уписује се као каријес зуба.
Напомена 3: Зуб са испуном код кога је присутан и каријес, било секундарни или примарни, уписује се као каријес зуба.

Колона 6: Е. Број екстрахираних зуба код код деце у 12 години живота. Означава укупан број недостајућих зуба утврђен при стоматолошком прегледу деце у 12 години живота.
Напомена: Екстрахирани зуб (ознака Е) означава зуб који је извађен због каријеса. У ову групу не улазе зуби извађени из ортодонтских разлога. Не узима се у обзир временски период у коме је недостајући зуб извађен.

Колона 7: П. Број пломбираних зуба код деце у 12 години живота. Означава укупан број пломбираних зуба утврђен при стоматолошком прегледу деце у 12 години живота.
Напомена: Зуб са испуном (ознака П) означава зуб на коме је урађен дефинитивни испун (амалгамски или композитни).

Колона 8: КЕП-12. Израчунати и уписати вредност показатеља.
Израчунава се као укупан број каријесних, екстрахираних и пломбираних зуба прегледане деце у дванаестој години живота (колона 5, 6 и 7) подељен са бројем прегледане деце (колона 2) истог узраста.

Колона 9: Број деце у 12 години живота обухваћених локалном апликацијом концентрованих флуорида. Уписати број деце у 12 години живота којима је у тој години урађена апликација концентрованим флуоридима, према стручно-методолошком упутству.

Колона 10: Проценат деце у 12 години живота обухваћених локалном апликацијом концентрованих флуорида. Израчунати и уписати вредност показатеља.
Израчунава се као укупан број деце у 12 години живота живота која су имала макар једну серијску локалну апликацију концентрованих флуорида (колона 9) подељен са бројем прегледане деце истог узраста (колона 2) и помножен са 100.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број деце у 12. години живота	Број прегледане деце у 12. години живота	Број деце у 12. години живота са здравим сталним зубима	**Проценат деце у 12. години живота са свим здравим сталним зубима**	К	Е	П	**КЕП-12**	Број деце у 12. години живота обуваћених локалном апликацијом Ф	**Проценат деце у 12. години живота обухваћених локалном апликацијом Ф**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Извештај урадио/ла _____ **ДИРЕКТОР** _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Извештаји се воде у служби стоматолошке здравствене заштите домова здравља и у заводу/клиници за стоматологију.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број деце. Уписати број деце која похађају седми разред основне школе и живе на територији (општини) коју покрива здравствена установа.

Колона 2: Број деце у 7. разреду основне школе обухваћених систематским стоматолошким прегледом. Уписати број деце код којих је урађен обавезни систематски стоматолошки преглед у седмом разреду основне школе (према важећем Правилнику о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања).

Колона 3: **Број деце у 7. разреду основне школе код које је утврђено присуство ортодонтских аномалија.** Уписати број деце код којих је систематским прегледом утврђено да имају ортодонтске аномалије.

Колона 4: **Број деце у 7. разреду основне школе која нису на ортодонтској терапији.** Уписати број деце код којих је током систематског прегледа утврђено да немају одређену ортодонтску терапију.

Колона 5: Проценат деце у 7. разреду основне школе са нелеченим ортодонтским аномалијама. Уписати проценат деце код којих је систематским прегледом утврђено да имају ортодонтске аномалије а нису на ортодонтској терапији.
Израчунава се као број деце у 7. разреду основне школе која нису на ортодонтској терапији (колона 4) подељен са бројем деце у 7. разреду основне школе код које је утврђено присуство ортодонтских аномалија (колона 3) и помножен са 100.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник службе стоматолошке здравствене заштите за коју је наведена евиденција вођена/директор здравствене установе потврђује тачност података својим потписом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника службе стоматолошке здравствене заштите или директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број деце у 7. разреду основне школе	Број деце у 7. разреду основне школе обухваћених систематским стоматолошким прегледом	Број деце у 7. разреду основне школе код којих је утврђено присуство ортодонтских аномалија	Број деце у 7. разреду основне школе која нису на ортодонтској терапији	**Проценат деце у 7. разреду основне школе код којих је утврђено присуство нелечених ортодонтских аномалија**
1	2	3	4	5

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Извештај се води у служби стоматолошке здравствене заштите домова здравља и у заводу/клиници за стоматологију.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број деце. Уписати број деце која похађају трећи разред средње школе и живе на територији (општини) коју покрива здравствена установа.

Колона 2: Број деце у 3. разреду средње школе обухваћених систематским стоматолошким прегледом. Уписати број особа код којих је урађен обавезни систематски стоматолошки преглед у трећем разреду средње школе (према, за наведени извештајни период, важећем Правилнику о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања).

Колона 3: **Број деце у 3. разреду средње школе код које је утврђено присуство ортодонтских аномалија.** Уписати број деце код којих је систематским прегледом утврђено да имају ортодонтске аномалије.

Колона 4: Број деце у 3. разреду средње школе која нису на ортодонтској терапији. Уписати број деце код којих је током систематског прегледа утврђено да немају одређену ортодонтску терапију.

Колона 5: Проценат деце у трећем разреду средње школе код којих је утврђено присуство нелечених ортодонтских аномалија. Израчунати проценат деце код којих је систематским прегледом утврђено да имају ортодонтске аномалије а нису никада добила ортодонтски апарат.
Израчунава се као број деце у 3. разреду средње школе која нису на ортодонтској терапији (колона 4) подељен са бројем деце у у 3. разреду средње школе код које је утврђено присуство ортодонтских аномалија (колона 3) и помножен са 100.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник службе стоматолошке здравствене заштите за коју је наведена евиденција вођена/директор здравствене установе потврђује тачност података својим потписом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника службе стоматолошке здравствене заштите или директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број деце у 3. разреду средње школе	Број деце у 3. разреду средње школе обухваћених систематским стоматолошким прегледом	Број деце у 3. разреду средње школе код којих је утврђено присуство ортодонтских аномалија	Број деце у 3. разреду средње школе која нису на ортодонтској терапији	**Проценат деце у 3. разреду средње школе код којих је утврђено присуство нелечених ортодонтских аномалија**
1	2	3	4	5

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Извештај се води у служби стоматолошке здравствене заштите домова здравља, завода за здравствену заштиту студената, завода за здравствену заштиту радника и у заводу/клиници за стоматологију.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број трудница регистрованих на територији дома здравља. Уписати број трудница које су у наведеној години контролисале трудноћу у дому здравља или су се у истом само породиле.

Колона 2: **Број трудница обухваћених превентивним прегледом.** Уписати број трудница обухваћених превентивним прегледом у Служби стоматолошке здравствене заштите лица старијих од 18. година за наведену годину.
Напомена: Под појмом превентивни стоматолошки преглед се подразумева долазак корисника – труднице у првом триместру трудноће током којег је остварен контакт са здравственим радником у Служби стоматолошке здравствене заштите. На обавезни превентивни стоматолошки преглед упућује је гинеколог или здравствени радник из саветовалишта за труднице.

Колона 3: Проценат трудница обухваћених превентивним прегледом. Израчунати и уписати вредност показатеља.
Израчунава се као број жена у трудноћи обухваћених превентивним стоматолошким прегледом (колона 2) подељен са укупним бројем регистрованих трудница на територији дома здравља (колона 1) и помножен са 100.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник службе стоматолошке здравствене заштите за коју је наведена евиденција вођена/директор здравствене установе потврђује тачност података својим потписом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника службе стоматолошке здравствене заштите или директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број трудница регистрованих на територији дома здравља	Број трудница обухваћених превентивним прегледом	**Проценат трудница обухваћених превентивним прегледом**
1	2	3

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 6

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Извештај се води у служби стоматолошке здравствене заштите домова здравља, завода за здравствену заштиту студената, завода за здравствену заштиту радника и у заводу/клиници за стоматологију.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: **Укупан број прегледаних пацијената старијих од 18 година.** Уписати број корисника старијих од 18 година обухваћених стоматолошким прегледом у Служби стоматолошке здравствене заштите лица старијих од 18. година за наведену годину.
Колона 2: Број пацијената старијих од 18 година код којих је конзервативно третирана пародонтопатија. Уписати број корисника старијих од 18 година којима је у наведеној години конзервативно третирана пародонтопатија. Под тим се подразумева да је урађено бар једно уклањање меких и чврстих наслага.
Колона 3: Проценат пацијената старијих од 18 година живота код којих је конзервативно третирана пародонтопатија. Израчунати и уписати вредност показатеља за кориснике старије од 18 година.
Израчунава се као укупан број корисника старијих од 18 година код којих је извршено конзервативно третирање пародонтопатија (колона 2) подељен са бројем првих посета у календарској години (аналогно броју пацијената) (колона 1) и помножен са 100.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник службе стоматолошке здравствене заштите за коју је наведена евиденција вођена/директор здравствене установе потврђује тачност података својим потписом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника службе стоматолошке здравствене заштите или директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Укупан број прегледаних пацијената старијих од 18 година	Број пацијената старијих од 18 година код којих је конзервативно третирана пародонтопатија	**Проценат пацијената старијих од 18 година живота код којих је конзервативно третирана пародонтопатија**
1	2	3

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 7

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Извештај се води у служби стоматолошке здравствене заштите домова здравља, завода за здравствену заштиту студената, завода за здравствену заштиту радника и у заводу/клиници за стоматологију.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: **Укупан број стоматолошких интервенција код особа старијих од 18 година.** Уписати број стоматолошких интервенција код лица старијих од 18. година за наведену годину.
НАПОМЕНА: Стоматолошке интервенције које се евидентирају су: зубни испуни и протетске надокнаде и заливене фисуре.

Колона 2: Укупан број поновљених стоматолошких интервенција. Уписати број поновљених стоматолошких интервенција за период краћи од:

- за заливене фисуре годину дана,
- за испуне 2 године,
- за протетске надокнаде 4 године.

Колона 3: Проценат поновљених стоматолошких интервенција. Израчунати и уписати вредност показатеља.
Израчунава се као укупан број понољених стоматолошких интервенција код особа старијих од 18 година (колона 2) подељен са укупним бројем стоматолошких интервенција у календарској години (колона 1) и помножен са 100.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник службе стоматолошке здравствене заштите за коју је наведена евиденција вођена/директор здравствене установе потврђује тачност података својим потписом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника службе стоматолошке здравствене заштите или директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Укупан број стоматолошких интервенција	Укупан број поновљених интервенција	**Проценат поновљених интервенција**
1	2	3

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

3. Патронажна служба дома здравља

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА РАДА ПАТРОНАЖНЕ СЛУЖБЕ ДОМА ЗДРАВЉА

Извештај се формира за ниво здравствене установе у целини.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Категорија становништва (популациона група). Означава категорију становништва (популациону групу) на коју се показатељ односи.

Колона 2: Укупан број становника одређене популационе групе на нивоу општине. Уписати укупан број становника одређене популационе групе за претходну годину на нивоу општине односно демографске податке о становништву (последњи расположиви подаци Републичког завода за статистику).
Број новорођенчади је број живорођене деце на нивоу општине у претходној години.
Број одојчади је исти као број новорођенчади на нивоу општине у претходној години.
Број особа старијих од 65 година је процењени број за ту популациону групу из претходне године Републичког завода за статистику.

Колона 3: Укупан број остварених патронажних посета одређеној популационој групи на нивоу општине. Уписати укупан број патронажних посета (првих и поновних) одређеној популационој групи остварених на нивоу општине у извештајној години.

Колона 4: Просечан број патронажних посета по по новорођеном детету/одојчету/особи старијој од 65 година. Израчунати и уписати просечан број укупних патронажних посета по становнику одређене популационе групе (новорођенче, одојче, особе старије од 65 година). *Израчунава се као укупан број остварених патронажних посета одређеној популационој групи (колона 3) подељен са укупним бројем становника одређене популационе групе (колона 2) за територију коју покрива дом здравља.*

Колона 5: Укупан број првих патронажних посета новорођенчету. Уписати укупан број **првих** патронажних посета новорођенчету остварених на нивоу општине у извештајној години.

Колона 6: Обухват новорођенчади првом патронажном посетом. Израчунати и уписати обухват новорођенчади првом патронажном посетом. *Израчунава се као укупан број првих посета патронажне сестре новорођенчету у календарској години (колона 5) подељен са укупним бројем новорођенчади (колона 2) и помножен са 100.*

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА РАДА
ПАТРОНАЖНЕ СЛУЖБЕ ДОМА ЗДРАВЉА
ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив установе у саставу _____

Р. бр.	Категорија становништва (популациона група)	Укупан број становника одређене популационе групе на нивоу општине	Укупан број остварених патронажних посета одређеној популационој групи	**Просечан број патронажних посета по новорођеном детету/одојчету/особи старијој од 65 година**	Укупан број **првих** патронажних посета новорођенчету	**Обухват новорођенчади првом патронажном посетом**
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	Новорођенче					
2	Одојче					
3	Особе старије од 65 година					

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

4. Здравствена заштита радника – за лекаре специјалисте медицине рада у дому здравља и заводу за здравствену заштиту радника

Показатељи квалитета у примарној здравственој заштити из члана 11. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите прате се у службама медицине рада у домовима здравља (самосталним и у саставу) и заводима за здравствену заштиту радника.

Подаци о броју превентивних прегледа код запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком прикупљају се месечно, за сваког појединачног специјалисту медицине рада, а према подацима из протокола претходних и периодичних прегледа.

Подаци о броју запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима на радном месту, прикупљају се месечно, за сваког послодавца који је уговорио едукацију са службом медицине рада дома здравља, односно заводом за здравствену заштиту радника, у складу са чланом 14. Закона о здравственој заштити.

Подаци о броју запослених који су обухваћени оспособљавањем за пружање прве помоћи на радном месту, прикупљају се месечно, за сваког послодавца који је уговорио едукацију са службом медицине рада дома здравља, односно заводом за здравствену заштиту радника, у складу са чланом 14. Закона о здравственој заштити.

Месечну евиденцију о наведеним подацима води главна медицинска сестра службе медицине рада уписивањем у **обрасце 1, 2 и 3**.

Подаци о укупном броју запослених, броју запослених који су повређени на раду и броју верификованих професионалних болести од стране Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање, добијају се на годишњем нивоу, само за послодавца који је уговорио послове заштите здравља на раду са службом медицине рада дома здравља, односно заводом за здравствену заштиту радника у складу са чланом 14. Закона о здравственој заштити.

Наведене податке, главна сестра службе медицине рада дома здравља односно завода за здравствену заштиту, уноси у **образац 4**.

Домови здравља и заводи за здравствену заштиту радника након једногодишњег периода израчунавањем показатеља формирају извештај и попуњене **обрасце 5 и 6** достављају окружном институту/заводу за јавно здравље, који их прослеђују Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут".

Институт за медицину рада Србије „Др Драгомир Карајовић" врши контролу достављених података и о евентуалним изменама обавештава Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут", како би оне биле унете у базу података, а потом сачињава анализу и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут"

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПРЕВЕНТИВНИХ ПРЕГЛЕДА КОД ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ РАДЕ НА РАДНИМ МЕСТИМА СА ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ

Извештај се води на нивоу целе службе медицине рада.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу: Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Име и презиме специјалисте медицине рада.** Уписати пуно име и презиме одређеног специјалисте медицине рада који ради на превентивним прегледима**.**

Колона 2: Број превентивних лекарских прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком. Уписати укупан број превентивних прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком које је обавио одређени специјалиста медицине рада у току наведеног месеца.
Напомена: У обзир се узимају претходни и периодични лекарски прегледи.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и унети у ред „укупно“.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати њено/његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПРЕВЕНТИВНИХ ПРЕГЛЕДА КОД ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ РАДЕ НА РАДНИМ МЕСТИМА СА ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ

ЗА_____20___ године

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа/службе - медицина рада

Редни број	Име и презиме специјалисте медицине рада	Број превентивних прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком
0	1	2
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
Укупно		

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ СУ ОБУХВАЋЕНИ ЕДУКАЦИЈОМ О РИЗИЦИМА ПО ЗДРАВЉЕ НА РАДНОМ МЕСТУ

Извештај се води на нивоу целе службе медицине рада.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу: Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Назив послодавца.** Уписати тачан назив одређеног послодавца.
Напомена: Узима се у обзир послодавац који је са службом дома здравља односно заводом за здравствену заштиту радника уговорио послове едукације о ризицима по здравље на радном месту у складу са чланом 14. Закона о здравственој заштити.

Колона 2: Укупан број запослених код послодавца који су уговорили послове едукације запослених о ризицима на радном месту. Уписати укупан број запослених код послодавца који је уговорио едукацију запослених о ризицима на радном месту

Колона 3: Број запослених који су обухваћени едукацијом по здравље на радном месту. Уписати укупан број запослених код одређеног послодавца, који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту у наведеном месецу.
Напомена: Узима се у обзир едукација запослених о ризицима по здравље на радном месту која се обавља у форми рада у малим групама и/или предавања.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и 3 и унети у ред „укупно“

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати њено/његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ СУ ОБУХВАЋЕНИ ЕДУКАЦИЈОМ О РИЗИЦИМА ПО ЗДРАВЉЕ НА РАДНОМ МЕСТУ

ЗА_____20____. године

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа/службе - медицина рада

Редни број	Назив послодавца	Укупан број запослених код послодавца који је уговорио едукацију о ризицима на радном месту	Број запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту
0	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
Укупно			

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ СУ ОБУХВАЋЕНИ ОСПОСОБЉАВАЊЕМ ЗА ПРУЖАЊЕ ПРВЕ ПОМОЋИ НА РАДНОМ МЕСТУ

Извештај се води на нивоу целе службе медицине рада.
На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу: Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Назив послодавца.** Уписати тачан назив послодавца.
Напомена: Узима се у обзир послодавац који је са службом дома здравља односно заводом за здравствену заштиту радника уговорио послове оспособљавања за пружање прве помоћи на радном месту у складу са чланом 14. Закона о здравственој заштити.

Колона 2. Укупан број запослених код послодавца који је уговорио оспособљавање за пружање прве помоћи на радном месту. Уписује се укупан број запослених код послодавца који је уговорио послове оспособљавања за пружање прве помоћи на радном месту.

Колона 3: Број запослених који су обухваћени оспособљавањем за пружање прве помоћи на радном месту. Уписати укупан број запослених код одређеног послодавца, који су обухваћени оспособљавањем за пружање прве помоћи на радном месту у наведеном месецу.
Напомена: Узима се у обзир оспособљавање за пружање прве помоћи на радном месту са повећаним ризиком која се обавља у форми рада у малим групама и/или предавања.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и 3 и унети у ред „укупно“

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати њено/његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ СУ ОБУХВАЋЕНИ ОСПОСОБЉАВАЊЕМ ЗА ПРУЖАЊЕ ПРВЕ ПОМОЋИ НА РАДНОМ МЕСТУ

ЗА_____20____. године

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа/службе - медицина рада

Редни број	Назив послодавца	Укупан број запослених код послодавца који је уговорио послове оспособљавања за пружањем прве помоћи на радном месту	Број запослених који су обухваћени оспособљавањем за пружање прве помоћи на радном месту
0	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
Укупно			

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ЗАПОСЛЕНИХ, БРОЈУ ПОВРЕЂЕНИХ НА РАДУ И БРОЈУ ВЕРИФИКОВАНИХ ПРОФЕСИОНАЛНИХ БОЛЕСТИ ЗАПОСЛЕНИХ КОД ПОСЛОДАВЦА КОЈИ ЈЕ УГОВОРИО ПОСЛОВЕ ЗАШТИТЕ ЗДРАВЉА НА РАДУ СА СЛУЖБОМ МЕДИЦИНЕ РАДА

Извештај се формира за целу службу медицине рада.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу: Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Назив послодавца.** Уписати тачан назив послодавца који је уговорио послове заштите здравља на раду са службом медицине рада.
Напомена: Узима се у обзир послодавац који је са службом медицине рада дома здравља односно заводом за здравствену заштиту радника уговорио послове заштите здравља на раду у складу са чланом 14. Закона о здравственој заштити.

Колона 2: Број запослених. Уписати укупан број запослених код одређеног послодавца који је уговорио послове заштите здравља на раду са службом медицине рада.

Колона 3: Број повређених на раду. Уписати укупан број повређених на раду код одређеног послодавца у току наведене године.

Колона 4: Број професионалних болести верификованих од стране Фонда ПИО. Уписати укупан број професионалних болести које су у години извештавања утврђене код радника запослених код одређеног послодавца и верификоване од стране Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2, 3, 4 и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати њено/његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ЗАПОСЛЕНИХ, БРОЈУ ПОВРЕЂЕНИХ НА РАДУ И БРОЈУ ВЕРИФИКОВАНИХ ПРОФЕСИОНАЛНИХ БОЛЕСТИ ЗАПОСЛЕНИХ КОД ПОСЛОДАВЦА КОЈИ ЈЕ УГОВОРИО ПОСЛОВЕ ЗАШТИТЕ ЗДРАВЉА НА РАДУ СА СЛУЖБОМ МЕДИЦИНЕ РАДА

ЗА _____ годину

Редни број	Назив послодавца	Број запослених	Број повређених на раду	Број верификованих професионалних болести од стране ПИО
0	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
Укупно				

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

ИЗВЕШТАЈ О ПРЕВЕНТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ РАДЕ НА РАДНИМ МЕСТИМА СА ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ, ЕДУКАЦИЈИ О РИЗИЦИМА ПО ЗДРАВЉЕ НА РАДНОМ МЕСТУ И ОСПОСОБЉАВАЊУ ЗА ПРУЖАЊЕ ПРВЕ ПОМОЋИ НА РАДНОМ МЕСТУ

Извештај се формира за ниво целе здравствене установе.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за медицину рада. Уписати седиште института/завода за медицину рада на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број специјалиста медицине рада. Уписати екививалент пуног радног времена (FTE) за специјалисте медицине рада који су обављали послове заштите здравља на раду у наведеној години.
Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолошког упутства.

Колона 2: Број превентивних прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком. Уписати укупан број превентивних прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком који су урађени у наведеној години. Податак се добија сабирањем података из месечних извештаја (образац 1, ред укупно).

Колона 3: Број запослених код послодаваца који су уговорили едукацију о ризицима по здравље на радном месту са службом медицине рада. Уписати укупан број запослених за све послодавце који су у наведеној години уговорили едукацију о ризицима по здравље за запослене који раде на радним местима са повишеним ризиком са службом медицине рада у складу са чл. 14. Закона о здравственој заштити. Податак се добија сабирањем података из месечних извештаја (образац 2, ред укупно, колона 2).

Колона 4: Број запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту. Уписати укупан број запослених код свих послодаваца који су уговорили послове едукације о ризицима по здравље са службом медицине рада у складу са чл. 14. Закона о здравственој заштити који су у наведеној години обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту. Податак се добија сабирањем података из месечних извештаја (образац 2, ред укупно, колона 3).

Колона 5: Број запослених код послодаваца који су уговорили оспособљавање за пружањем прве помоћи на радном месту са службом медицине рада. Уписати укупан број запослених за све послодаваце који су у наведеној години уговорили оспособљавање за пружањем прве помоћи за запослене који раде на радним местима са повишеним ризиком са службом медицине рада у складу са чл. 14. Закона о здравственој заштити. Податак се добија сабирањем података из месечних извештаја (образац 3, ред укупно, колона 2).

Колона 6: Број запослених који су обухваћени оспособљавањем за пружање прве помоћи на радном месту. Уписати укупан број запослених код свих послодаваца који су уговорили послове оспособљавања за пружањем прве помоћи са службом медицине рада у складу са чл. 14. Закона о здравственој заштити који су у наведеној години обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту. Податак се добија сабирањем података из месечних извештаја (образац 3, ред укупно, колона 3).

Колона 7: Просечан број превентивних прегледа код запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком по специјалисти медицине рада. Израчунати просечан број превентивних прегледа запослених на радним местима са повећаним ризиком по специјалисти

медицине рада, за наведену годину. *Израчунава се као укупан број превентивних лекарских прегледа код запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком (колона 2) подељен бројем специјалиста медицине рада (колона 1).*

Колона 8: Проценат запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту. Израчунати проценат запослених који су у наведеној години обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту. *Израчунава се као број запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту (колона 4), подељен укупним бројем запослених код свих послодаваца који су уговорили послове едукације о ризицима по здравље на радном месту (колона 3) и помножен са 100.*

Колона 9: Проценат запослених који су обухваћени оспособљавањем за пружање прве помоћи на радном месту. Израчунати проценат запослених који су у наведеној години обухваћени оспособљавањем за пружањем прве помоћи на радном месту. *Израчунава се као број запослених који су обухваћени оспособљавањем за пружање прве помоћи на радном месту (колона 6), подељен укупним бројем запослених код свих послодаваца који су уговорили послове оспособљавања за пружање прве помоћи на раду (колона 5) и помножен са 100.*

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ*_____

ИЗВЕШТАЈ О ПРЕВЕНТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ РАДЕ НА РАДНИМ МЕСТИМА СА ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ, ЕДУКАЦИЈИ О РИЗИЦИМА ПО ЗДРАВЉЕ НА РАДНОМ МЕСТУ И ОСПОСОБЉАВАЊУ ЗА ПРУЖАЊЕ ПРВЕ ПОМОЋИ НА РАДНОМ МЕСТУ

ЗА _____ годину

Назив здравствене установе _____

Назив установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа/службе – медицина рада

Број специјали-ста медицине рада	Број превентивних прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком	Број запослених код послодаваца који су уговорили едукацију о ризицима по здравље на радном месту са службом медицине рада	Број запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту	Број запослених код послодаваца који су уговорили оспособљавање за пружање прве помоћи на радном месту са службом медицине рада	Број запослених који су обухваћени оспособљавањем за пружање прве помоћи на радном месту	**Просечан број превентивних прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком по специјалисти медицине рада**	**Проценат запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту**	**Проценат запослених који су обухваћени оспособљавањем за пружање прве помоћи на радном месту**
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 6

ИЗВЕШТАЈ О ПОВРЕДАМА НА РАДУ И ПРОФЕСИОНАЛНИМ БОЛЕСТИМА

Извештај се формира за ниво целе здравствене установе.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО: Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље: Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу: Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број запослених код послодаваца који су уговорили послове заштите здравља на раду са службом медицине рада. Уписати укупан број запослених за *све послодавце* који су уговорили послове заштите здравља на раду са службом медицине рада у складу са чланом 14. Закона о здравственој заштити за наведену годину.

Колона 2: Број повређених на раду. Уписати укупан број запослених који су повређени на раду у току наведене године, за *све послодавце* који су уговорили послове заштите здравља на раду са службом медицине рада у складу са чланом 14. Закона о здравственој заштити за наведену годину.

Колона 3: Проценат повреда на раду. Израчунати проценат повреда на раду за наведену годину. *Израчунава се као број повређених на раду (колона 2) подељен укупним бројем запослених за све послодавце који су уговорили послове заштите здравља на раду са службом медицине (колона 1) и помножен са 100.*

Колона 4. Број професионалних болести верификованих од стране фонда ПИО. Уписати укупан број професионалних болести верификованих од стране фонда ПИО за наведену годину
Уписати податак из обрасца 4 - ред укупно, колона 4.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О ПОВРЕДАМА НА РАДУ И ПРОФЕСИОНАЛНИМ БОЛЕСТИМА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе_____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број запослених код послодаваца који су уговорили послове заштите здравља на раду са службом медицине рада	Број повређених на раду	**Проценат повреда на раду**	**Број професионалних болести верификованих од стране ПИО**
1	**2**	**3**	**4**

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР_____ **Датум_____**

5. Здравствена заштита старих лица - завод за геронтологију

Показатељи квалитета здравствене заштите старих лица из члана 12 Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите прате се у Заводу за геронтологију.

Подаци потребни за израчунавање обавезних показатеља квалитета прикупљају се дневно.

Извор података су Протокол пријаве пацијената, Картон процене бола пацијената на палијативном збрињавању и Картон за дефекте на кожи.

Дневна евиденција о квалитету здравствене заштите старих лица води се на нивоу Службе за кућно лечење и негу, а могу је водити лекар или медицинска сестра-техничар.

На крају месеца, подаци потребни за израчунавање показатеља квалитета (број примљених пацијената, број пацијената код којих је при пријему на палијативно збрињавање вршена процена бола према скали 1-10, број пацијената са декубиталним ранама које су настале током лечења и неге и број дана чекања од пријаве пацијента до изласка комисије) се сумирају и као такви уносе у образац за месечни извештај на нивоу службе/одељења.

Израчунавањем показатеља, формира се извештај, а попуњени **образац 4** за годишњи период доставља окружном институту/заводу за јавно здравље који га уноси у базу података.

На основу прикупљених података Завод за геронтологију обавља анализу показатеља квалитета и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ДУЖИНИ ЧЕКАЊА НА ИЗЛАЗАК КОМИСИЈЕ

На предвиђеној линији у наслову уписати дан, месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе, одељења.

Показатељ „дужина чекања до изласка комисије“ показује брзину одзива здравствене установе на потребе пацијената који су упућени на кућно лечење.

Подаци пријаве пацијената региструју се на основу телефонске пријаве пацијента или директним пријемом упутне медицинске документације пацијента од стране контакт лица (чланова породице, пријатеља, медицинске сестре из дома здравља или социјалних радника). Подаци се региструју у Протоколу пријема ручно и/или у електронској евиденцији пријема пацијената на кућно лечење. Регистрацију података обавља дежурна сестра Одељења за пријем пацијената. На основу регистрованих података штампа се образац „Картон пријема” који се доставља Екипи за пријем пацијената. Пријем се врши на основу медицинских индикација при чему приоритет имају пацијенти који су у терминалном стадијуму болести и примају се на палијативно збрињавање.

По обиласку пацијената подаци о исходу посете региструју се у Протоколу пријема и/или електронској евиденцији, а картон пријема одлаже, зависно од исхода у картотеку примљених или одбијених пацијената. У случају отказа захтева за кућним лечењем региструју се подаци о датуму, разлогу отказа (трајни смештај у дом, одлазак у болницу и сл.) или смрти пацијента.
Напомена: Изузимају се сви пријављени пацијенти за које је регистрован отказ.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Име и презиме пацијента. Уписати пуно име и презиме пацијента.

Колона 2: Датум пријаве. Уписати тачан датум пријаве пацијента.

Колона 3: Датум изласка комисије. Уписати тачан датум изласка комисије за процену оправданости пријема.

Колона 4: Број дана чекања. Уписати број дана чекања пацијента од дана пријаве до дана изласка комисије.
Напомена: Број дана чекања се исказује у данима, а добија се када се од датума изласка комисије (податак из колоне 3 Обрасца 1) одузме датум пријаве пацијента (податак из колоне 2 Обрасца 1).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за број дана чекања (колона 4) и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар из Тима за пријем потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ДУЖИНИ ЧЕКАЊА НА ИЗЛАЗАК КОМИСИЈЕ

За дан_____месец_____20___. године

Назив здравствене установе _____

Назив организационе јединице _____

Редни број	Име и презиме пацијента	Датум пријаве	Датум изласка комисије	Број дана чекања
0	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
Укупно				

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА ПРИМЉЕНИХ НА ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ, БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА ПРИМЉЕНИХ НА ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ СА ПРОЦЕНОМ БОЛА И БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА СА ДЕКУБИТАЛНИМ РАНАМА

На предвиђеној линији у наслову уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе, одељења.

Стандарди палијативног збрињавања захтевају процену и праћење интензитета бола као најчешћег симптома који је присутан код пацијената у одмаклом стадијуму болести, а на који се одговарајућим мерама и адекватним лечењем може утицати и омогућити бољи квалитет живота пацијената. Подаци се региструју у картону процене бола при пријему пацијената на палијативно збрињавање. При пријему на палијативно збрињавање лекар Тима процењује интензитет бола на скали 1-10 и уписује у картон процене бола**.** Приликом сваког прегледа пацијента, у картону пацијента лекар региструје процењени интензитет бола.

Број пацијената са декубиталним ранама које су настале приликом лечења је показатељ који указује на квалитет здравствене неге и спречавање настанка декубиталних рана као последице неадекватног збрињавања пацијента. Извор података је Картон за дефекте на кожи пацијената. Пријаву података врши ординирајући лекар пацијента. Подаци се региструју у картону за дефекте на кожи који се доставља хирушкој сестри Тима за дијагностику и специјалну негу која врши обраду декубиталних рана. Картони се одлажу у картотеку пацијената са дефектима на кожи који су настали током збрињавања од стране Завода. Подаци о обради декубиталних рана региструју се кроз протокол рада хируршке сестре.

Колона 0: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: **Број пацијената примљених на палијативно збрињавање.** Уписати укупан број пацијената примљених на палијативно збрињавање за одређени датум (дан).

Колона 2: **Број пацијената примљених на палијативно збрињавање са проценом бола.** Уписати укупан број пацијената примљених на палијативно збрињавање којима је вршена процена бола за одређени датум (дан).

Колона 3: **Број пацијената са декубиталним ранама.** Уписати укупан број пацијената са декубиталним ранама које су настале приликом лечења и неге у установи за одређени датум (дан). **Напомена: Уписати само број пацијената са новорегистрованим декубиталним ранама, а не укупан број пацијената са декубиталним ранама за одређени датум (дан).**

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник Службе потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника Службе.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА ПРИМЉЕНИХ НА ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ, БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА ПРИМЉЕНИХ НА ЗБРИЊАВАЊЕ СА ПРОЦЕНОМ БОЛА И БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА СА ДЕКУБИТАЛНИМ РАНАМА

ЗА _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив организационе јединице _____

Датум	Број пацијената примљених на палијативно збрињавање	Број пацијената примљених на палијативно збрињавање са проценом бола	Број пацијената са декубиталним ранама
0	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
Укупно			

Извештај урадио/ла _____ **Датум** _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О КВАЛИТЕТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАРИХ ЛИЦА

На предвиђеној линији у наслову уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе, одељења.

Напомена: Подаци потребни за попуњавање Обрасца 3 добијају се из реда „укупно“ Обрасца 1 и Обрасца 2 за одговарајућу колону.

Колона 1. Број пријављених пацијената. Уписати број пријављених пацијената за одређени месец.

Колона 2: Број дана чекања. Уписати број дана чекања пацијента од дана пријаве до дана изласка комисије за одређени месец.
Напомена: Број дана чекања се исказује у данима, а добија се као збир дана чекања (податак из колоне 4 Обрасца 1) за одређени месец.

Колона 3: **Број пацијената примљених на палијативно збрињавање.** Уписати укупан број пацијената примљених на палијативно збрињавање за одређени месец.

Колона 4: **Број пацијената примљених на палијативно збрињавање са проценом бола.** Уписати укупан број пацијената примљених на палијативно збрињавање којима је вршена процена бола за одређени месец.

Колона 5: **Број пацијената са декубиталним ранама.** Уписати укупан број пацијената са декубиталним ранама које су настале приликом лечења и неге у установи за одређени месец.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник службе потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника службе.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О КВАЛИТЕТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАРИХ ЛИЦА

ЗА _____20___.год.

Број пријављених пацијената	Број дана чекања	Број пацијената примљених на палијативно збрињавање	Број пацијената примљених на палијативно збрињавање са проценом бола	Број пацијената са декубиталним ранама
1	2	3	4	5

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____ Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ИЗВЕШТАЈ О КВАЛИТЕТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАРИХ ЛИЦА

Извештај се формира за ниво целе здравствене установе.

На предвиђеној линији у наслову уписати годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.

Напомена: Подаци потребни за попуњавање Обрасца 4 израчунавају се према датим формулама, на основу података из Обрасца 3.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Организациона јединица. Означава назив организационе јединице.

Колона 2: Број пријављених пацијената. Уписати број пријављених пацијената у наведеној години.
Напомена: Број пријављених пацијената се добија као збир пацијената који су пријављени (податак из колоне 1 Обрасца 3) у наведеној години.

Колона 3: Број дана чекања до изласка комисије. Уписати број дана чекања пацијената од дана пријаве до дана изласка комисије у наведеној години.
Напомена: Број дана чекања се исказује у данима, а добија се као збир дана чекања (податак из колоне 2 Обрасца 3) у наведеној години.

Колона 4: Број пацијената примљених на палијативно збрињавање. Уписати укупан број пацијената примљених на палијативно збрињавање за период који је дефинисан у наслову извештаја.
Напомена: Број пацијената примљених на палијативно збрињавање се добија као збир пацијената који су примљени на палијативно збрињавање (податак из колоне 3 Обрасца 3) у наведеној години.

Колона 5: Број пацијената примљених на палијативно збрињавање са проценом бола. Уписати укупан број пацијената примљених на палијативно збрињавање којима је вршена процена бола у наведеној години.
Напомена: Број пацијената примљених на палијативно збрињавање са проценом бола се добија као збир пацијената који су примљени на палијативно збрињавање, а којима је рађена процена бола (податак из колоне 4 Обрасца 3) у наведеној години.

Колона 6: Број пацијената са декубиталним ранама. Уписати укупан број пацијената са декубиталним ранама које су настале приликом лечења и неге у установи у наведеној години.
Напомена: Овај број се добија као збир пацијената са декубиталним ранама које су настале током неге и лечења у установи (податак из колоне 5 Обрасца 3) у наведеној години.

Колона 7: Просечна дужина чекања од пријаве до изласка комисије. Уписати просечну дужину чекања од пријаве пацијента до изласка комисије.
Израчунава се као укупан број дана чекања (колона 3) подељен са укупним бројем пријављених пацијената (колона 2).

Колона 8: Проценат пацијената примљених на палијативно збрињавање са проценом бола. Уписати проценат пацијената примљених на палијативну негу којима је вршена процена бола. *Израчунава се као број пацијената примљених на палијативно збрињавање којима је вршена процена бола (колона 5) подељен са укупним бројем пацијената примљених на палијативну негу (колона 4) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

У поља која се односе на колоне 2, 3, 4, 5 и 6 сумирати податке за све наведене службе. У поља која се односе на Просечну дужину чекања од пријаве до изласка комисије и Проценат пацијената примљених на палијативно збрињавање са проценом бола (колоне 7 и 8) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О КВАЛИТЕТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАРИХ ЛИЦА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе: _____

Р. бр.	Организациона јединица	Број пријављених пацијената	Број дана чекања до изласка комисије	Број пацијената примљених на палијативно збрињавање	Број пацијената примљених на палијативно збрињавање са проценом бола	**Број пацијената са декубиталним ранама**	**Просечна дужина чекања од пријаве до изласка комисије**	**Проценат пацијената примљених на палијативну негу са проценом бола**
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Служба за кућно лечење и негу							
2	Тим за пријем							
3	Тим за палијативну негу							
Укупно								

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР_____** **Датум_____**

6. Здравствена заштита оболелих од туберкулозе и других плућних болести – завод за плућне болести и туберкулозу

Показатељи квалитата рада завода за плућне болести и туберкулозу прате се у складу са чланом 13. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите, («Службени гласник РС», број 49/2010). Ове показатеље могу прикупљати и пратити и друге здравствене установе које обезбеђују здравствену заштиту оболелих од туберкулозе и других плућних болести (домови здравља, специјалне и опште болнице, клинике, институти и др.).

Подаци који су потребни за израчунавање Показатеља прикупљају се дневно за сваког лекара који обавља делатност у оквиру специјалистичко-консултативне службе:

1. лекар специјалиста пнеумофтизиолог
2. лекар специјалиста интерниста
3. лекар специјалиста педијатар

Дневну евиденцију посета лекару и прописаних упута може да води лекар самостално или медицинска сестра, сукцесивно, попуњавајући документацију сваког примљеног пацијента. По завршетку радног дана и изради дневног извештаја о броју прегледаних лица и структури нађених стања, у **образац 1** се уносе подаци о броју посета, броју упута за лабораторију, упута за рендген и упута за функционалну дијагностику. Евиденциони лист (образац 1) води се за сваког лекара појединачно. На крају месеца, подаци из обрасца 1 за сваког појединачног лекара, се сумирају и уносе у **образац 2,** који представља месечни извештај на нивоу службе.

За показатељ број 5 (проценат позитивних култура спутума на туберкулозу од укупног броја узетих спутума) **и број 7** (проценат позитивних узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике) подаци се не воде на дневној бази у амбуланти, већ се преузимају из микробиолошке лабораторије и уносе у месечни извештај (образци 2а и 2б).

За показатељ број 6 (проценат пацијената који не пуше најмање 6 месеци, а који су прошли кроз програм саветовалишта за одвикавање од пушења) подаци се прикупљају у Саветовалишту за одвикавање од пушења које уредно свакодневно води протокол услуга у коме је евиденција и о лекару који је пацијента упутио на одвикавање од пушења. На крају године сестра из саветовалишта податке уноси у годишњи извештај (образац 5).

За показатељ број 8 (проценат прегледане деце и одраслих из контакта првог реда са директно позитивним болесницима са туберкулозом) подаци се прикупљају у Одељењу за епидемиологију и статистику где се у електронској форми уносе сви подаци о прегледаној деци и одраслима из контакта првог реда са директно позитивним болесницима са туберкулозом. На крају године, сестра из Одељења за епидемиологију и статистику податке уноси у образац 4.

За показатељ број 9 (проценат пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по водичима добре клиничке праксе имали индикације за хоспитално лечење, а успешно су лечени у Амбуланти за интензивно збрињавање пулмолошких болесника - нису хоспитализовани**)** подаци се прикупљају у амбуланти за интензивно збрињавање пулмолошких болесника, која уредно свакодневно води протокол услуга у коме је евиденција и пацијентима и о лекару који је упутио пацијента. На крају месеца сестра из Амбуланте податке уноси у образац 2в.

За показатељ број 10 (проценат хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима након добијања апарата за оксигенотерапију) подаци се прикупљају у Одсеку за дуготрајну оксигенотерапију у кућним условима (ДОТ), који уредно свакодневно води протокол услуга у коме је евиденција и о лекару који је упутио пацијента. На крају месеца сестра из Одсека за ДОТ податке из протокола уноси у образац 2г.

Након једногодишњег периода, здравствена установа, израчунавањем показатеља за установу у целини, формира извештај и попуњене обрасце 3, 4 и 5 доставља окружном заводу за јавно здравље.

Окружни институти/заводи за јавно здравље прослеђују податке Институту за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, који све податке везане за показатеље квалитета рада у области

здравствене заштите оболелих од туберкулозе и других плућних плућних болести – завод за плућне болести и туберкулозу, доставља у извештајној форми Градском заводу за болести плућа и заштиту од туберкулозе, Београд..

Градски завод за болести плућа и заштиту од туберкулозе у Београду врши контролу достављених података и о евентуалним изменама обавештава Институт за јавно здравље Србије, како би оне биле унете у базу података, а потом сачињава анализу и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије.

УПУСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОСЕТАМА И УПУТИМА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на који се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.
Назив пункта. Уписати тачан назив пункта (амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА

Уписати пуно име и презиме лекара

МАТИЧНИ БРОЈ ЛЕКАРА

У предвиђене кућице уписати матични број лекара.

Напомена: Евиденција се може водити и уписивањем евиденционог броја лекара под којим се води у надлежној филијали завода за здравствено осигурање (број на факсимилу).

Колона 0: Датум: Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: Број посета – Уписати укупан број посета за одређени датум (дан).

Колона 2: Број упута за лабораторију - Уписати укупан број издатих упута за лабораторију (хематолошку, биохемијску и микробиолошку анализу) за одређени датум (дан).
Напомена: Не узимају се у обзир упути за спутуме узете на преглед у циљу дијагностике туберкулозе који су обухваћени у Обрасцу 2а. Узимају се у обзир упути за спутуме узете на преглед у циљу праћења тока лечења раније дијагностиковане туберкулозе.

Колона 3: Број упута за рендген – Уписати укупан број издатих упута за рендген за одређени датум (дан).

Колона 4: Број упута за функционалну дијагностику – Уписати укупан број издатих упута за тестове функционалне дијагностике за одређени датум (дан).
Напомена: Узимају се у обзир сви тестови који су код једног пацијента урађени истога дана (нпр. 1 пацијент: Спирометрија, бронхопровокациони тест, бронходилататорни тест – води се као 3 упута).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред «укупно»

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података тако што се уписује његово пуно име и презиме.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОСЕТАМА И УПУТИМА
ЗА_____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____
Назив пункта _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____

МАТИЧНИ БРОЈ ЛЕКАРА l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l

ДАТУМ	Број посета	Број упута за лабораторију	Број упута за рендген	Број упута за функционалну дијагностику
0	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
УКУПНО				

Извештај урадио/ла _____ **Датум**_____

Потпис и факсимил лекара _____

УПУСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПОСЕТАМА И УПУТИМА

Извештај се води на нивоу сваке организационе јединице нижег нивоа/службе.
На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на који се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Односи се на редни број под којим се уносе подаци за одређеног лекара.

Колона 1: Име и презиме лекара – Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило индивидуално праћење квалитета рада на нивоу здравствене установе.

Колона 2: Број посета – Уписати укупан број посета код одређеног лекара у току месеца (узима се податак из реда «укупно» колоне 1 обрасца 1 за одређеног лекара).

Колона 3: Број упута за лабораторију – Уписати укупан број упута за лабораторију које је издао одређени лекар у току месеца (узима се податак из реда «укупно» колоне 2 обрасца 1 за одређеног лекара).

Колона 4: Број упута за рендген – Уписати укупан број упута за рендген које је издао одређени лекар у току месеца (узима се податак из реда «укупно» колоне 3 обрасца 1 за одређеног лекара).

Колона 5: Број упута за функционалну дијагностику – Уписати укупан број упута за тестове плућне функције које је издао одређени лекар у току месеца (узима се податак из реда «укупно» колоне 4 обрасца 1 за одређеног лекара или податак из евиденције лабораторије за функционалну дијагностику).

РЕД УКУПНО Сумирати податке за сваку колону и унети у ред «укупно».

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе:

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПОСЕТАМА И УПУТИМА

ЗА_____20___год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Р. бр.	Име и презиме лекара	Број посета	Број упута за лабораторију	Број упута за рендген	Број упута за функционалну дијагностику
0	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
УКУПНО					

Извештај урадио/ла_____ **Датум**_____

Потпис и факсимил начелника службе _____

УПУСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2а
МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О УЗОРЦИМА СПУТУМА ПОСЛАТИХ ЗБОГ СУМЊЕ НА ТУБЕРКУЛОЗУ - «НОВООБОЛЕЛИ»

Извештај се води **на нивоу лабораторије** за дијагностику туберкулозе.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на који се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Односи се на редни број под којим се уносе подаци за одређеног лекара.

Колона 1: Име и презиме лекара – Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило индивидуално праћење квалитета рада ПЗЗ на нивоу здравствене установе.

Колона 2: Број узорака спутума узетих код сумње на туберкулозу – Уписати укупан број узетих спутума у циљу дијагностиковања туберкулозе (категорија „новооболели“) које је издао одређени лекар у току месеца.

Колона 3: Број позитивних узорака спутума код сумње на туберкулозу – Уписати укупан број позитивних спутума за одређеног лекара у току месеца (узимају се подаци из базе података за одређеног лекара, за месец за који се тражи извештај, а односи се на резултате издате у том месецу).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и 3 и унети у ред «укупно».

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПОЗИТИВНИМ УЗОРЦИМА СПУТУМА ПОСЛАТИХ ЗБОГ СУМЊЕ НА ТУБЕРКУЛОЗУ «НОВООБОЛЕЛИ» ЗА_____20___год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Редни број	Име и презиме лекара	Број узорака спутума узетих код сумње на ТБ	Број позитивних узорака спутума код сумње на ТБ
0	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
УКУПНО			

Извештај урадио/ла_____ **Датум**_____

Потпис и факсимил начелника службе _____

УПУСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2б
МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПОЗИТИВНИМ УЗОРЦИМА ПОСЛАТИМ У МИКРОБИОЛОШКУ ЛАБОРАТОРИЈУ РАДИ БАКТЕРИОЛОШКЕ ДИЈАГНОСТИКЕ

Извештај се води на нивоу лабораторије за микробиолошку дијагностику.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на који се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Односи се на редни број под којим се уносе подаци за одређеног лекара.

Колона 1: Име и презиме лекара – Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило индивидуално праћење квалитета рада ПЗЗ на нивоу здравствене установе.

Колона 2: Број узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике – Уписати укупан број узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике за одређеног лекара у току месеца.

Колона 3: Број позитивних узорака послатих ради бактериолошке дијагностике - Уписати укупан број позитивних узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике за одређеног лекара у току месеца.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колоне 2 и 3, и унети у ред «укупно».

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПОЗИТИВНИМ УЗОРЦИМА ПОСЛАТИМ У МИКРОБИОЛОШКУ ЛАБОРАТОРИЈУ РАДИ БАКТЕРИОЛОШКЕ ДИЈАГНОСТИКЕ ЗА_____ 20___. год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Редни број	Име и презиме лекара	Број узорака послатих у лабораторију ради бактериолошке дијагностике	Број позитивних узорака послатих ради бактериолошке дијагностике
0	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
УКУПНО			

Извештај урадио/ла_____ **Датум**_____

Потпис и факсимил начелника службе _____

УПУСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2в
МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПАЦИЈЕНТИМА СА АСТМОМ И ХОБП-ОМ КОЈИ СУ ПО ВОДИЧИМА ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ ИМАЛИ ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ХОСПИТАЛНО ЛЕЧЕЊЕ, А УСПЕШНО СУ ЛЕЧЕНИ У АМБУЛАНТИ ЗА ИНТЕНЗИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ ПУЛМОЛОШКИХ БОЛЕСНИКА

Извештај се води **на нивоу Амбуланте за интензивно збрињавање** пулмолошких болесника.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на који се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Односи се на редни број под којим се уносе подаци за одређеног лекара.

Колона 1: Име и презиме лекара – Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило индивидуално праћење квалитета рада на нивоу здравствене установе.

Колона 2: Број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по Водичима добре клиничке праксе имали индикације за хоспитално лечење – Уписати укупан број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по Водичима добре клиничке праксе имали индикације за хоспитално лечење за одређеног лекара у току месеца.

Колона 3: Број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по Водичима добре клиничке праксе имали индикације за хоспитално лечење а успешно су лечени (нису хоспитализовани)- Уписати укупан број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по Водичима добре клиничке праксе имали индикације за хоспитално лечење послатих у Амбуланту интензивно збгињавање пулмолошких болесника за одређеног лекара у току месеца, који су успешно лечени (нису хоспитализовани).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колоне 2 и 3, и унети у ред «укупно».

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података уписати његово пуно име и презиме

Начелник/руководилац службе на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПАЦИЈЕНТИМА СА АСТМОМ И ХОБП-ОМ КОЈИ СУ ПО ВОДИЧИМА ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ ИМАЛИ ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ХОСПИТАЛНО ЛЕЧЕЊЕ, А УСПЕШНО СУ ЛЕЧЕНИ У АМБУЛАНТИ ЗА ИНТЕНЗИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ ПУЛМОЛОШКИХ БОЛЕСНИКА
ЗА_____ 20___ГОД.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Редни број	Име и презиме лекара	Број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по Водичима добре клиничке праксе имали индикације за хоспитално лечење	Број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по Водичима добре клиничке праксе имали индикације за хоспитално лечење а успешно су лечени у амбуланти (нису хоспитализовани)
0	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
УКУПНО			

Извештај урадио/ла_____ **Датум**_____

Потпис и факсимил начелника службе _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2г

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ХОСПИТАЛИЗАЦИЈАМА КОД ПАЦИЈЕНАТА НА ДУГОТРАЈНОЈ ОКСИГЕНОТЕРАПИЈИ У КУЋНИМ УСЛОВИМА (ДОТ) НАКОН ДОБИЈАЊА АПАРАТА ЗА ОКСИГЕНОТЕРАПИЈУ

Извештај се води **на нивоу Одсека за дуготрајну оксигенотерапију** у кућним условима.
На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на коју се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Односи се на редни број под којим се уносе подаци за одређеног лекара.

Колона 1: Име и презиме лекара – Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило индивидуално праћење квалитета рада на нивоу здравствене установе.

Колона 2: Број хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима (ДОТ) пре добијања апарата за кисеоник – уписати укупан број хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији пре добијања апарата за кисеоник у периоду од 12 месеци.

Колона 3: Број хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима (ДОТ) након добијања апарата за кисеоник - уписати укупан број хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији након добијања апарата за кисеоник за месец на који се односи извештај.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2, 3 и унети у ред «укупно»,.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ХОСПИТАЛИЗАЦИЈАМА КОД ПАЦИЈЕНАТА НА ДУГОТРАЈНОЈ ОКСИГЕНОТЕРАПИЈИ У КУЋНИМ УСЛОВИМА (ДОТ) НАКОН ДОБИЈАЊА АПАРАТА ЗА ОКСИГЕНОТЕРАПИЈУ ЗА _____20___год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Редни број	Име и презиме лекара	Број хоспитализација пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима (ДОТ) пре добијања апарата за кисеоник	Број хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима (ДОТ) након добијања апарата за кисеоник
0	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
УКУПНО			

Извештај урадио/ла_____ **Датум**_____

Потпис и факсимил начелника службе _____

УПУСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О ПОСЕТАМА И УПУТИМА У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОБОЛЕЛИХ ОД ТУБЕРКУЛОЗЕ И ДРУГИХ ПЛУЋНИХ БОЛЕСТИ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе .
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Односи се на редни број под којим се уносе подаци за одређену службу.

Колона 1: Служба – Уписати назив службе (специјалистичко-консултативне амбуланте, дијагностичка служба.....).

Колона 2: Број лекара – Уписати укупан број лекара који пружа услуге које су обухваћене праћењем квалитета рада.

Колона 3: Укупан број посета – Уписати укупан број посета за одређену службу за период који је дефинисан у наслову извештаја. *Податак о укупном броју посета добија се сабирањем података из појединачних месечних извештаја за одређену службу* ***(образац 2)***.

Колона 4: Просечан број посета по лекару – Уписати просечан број посета по лекару за одређену службу за период који је дефинисан у наслову извештаја. *Израчунава се када се укупан број посета за наведени период (колона 3) подели са укупним бројем лекара запослених у одређеној служби (колона 2).*

Колона 5: Број упута за лабораторију укупно – Уписати број упута за лабораторију за одређену службу за период који је дефинисан у наслову извештаја. *Податак о укупном броју упута за лабораторију добија се сабирањем података из појединачних месечних извештаја за одређену службу* ***(образац 2)***.

Колона 6: Просечан број упута за лабораторију по лекару на 100 посета – Уписати просечан број упута за лабораторију по лекару на 100 посета за одређену службу за период који је дефинисан у наслову извештаја. *Израчунава се када се укупан број упута за лабораторију за наведени период (колона 5) подели са укупним бројем посета у одређеној служби (колона 3) и помножи са 100.*

Колона 7: Број упута за рендген укупно – Уписати број упута за рендген за одређену службу за период који је дефинисан у наслову извештаја. *Податак о укупном броју упута за рендген добија се сабирањем података из појединачних месечних извештаја за одређену службу* ***(образац 2)***.

Колона 8: Просечан број упута за рендген по лекару на 100 посета – Уписати просечан број упута за рендген по лекару на 100 посета за одређену службу за период који је дефинисан у наслову извештаја. *Израчунава се када се укупан број упута за рендген за наведени период (колона 7) подели са укупним бројем посета у одређеној служби (колона 3) и помножи са 100.*

Колона 9: Број упута за функционалну дијагностику укупно – Уписати број упута за функционалну дијагностику за одређену службу за период који је дефинисан у наслову извештаја. *Податак о укупном броју упута за функционалну дијагностику добија се сабирањем података из појединачних месечних извештаја за одређену службу* ***(образац 2)***.

Колона 10: Просечан број упута за функционалну дијагностику по лекару на 100 посета – Уписати просечан број упута за функционалну дијагностику по лекару на 100 посета за одређену службу за период који је дефинисан у наслову извештаја. *Израчунава се када се укупан број упута за функционалну дијагностику за наведени период (колона 9) подели са укупним бројем посета у одређеној служби (колона 3) и помножи са 100.*

<u>РЕД УКУПНО</u>

У поље које се односи на број лекара сабрати податке за све наведене службе.

У поља које се односи на укупан број посета – упута (колоне 3, 5, 7 и 9) сабрати податке за све наведене службе.

У поља која се односе на просечан број посета – упута по лекару (колоне 4, 6, 8 и 10) уписати израчунате показатеље на нивоу целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О ПОСЕТАМА И УПУТИМА
У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОБОЛЕЛИХ ОД ТУБЕРКУЛОЗЕ И ДРУГИХ ПЛУЋНИХ БОЛЕСТИ ЗА 20___год.

Назив здравствене установе _____

Назив установе у саставу _____

Ред бр.	**Служба**	**Број лекара**	**Број посета**		**Број упута за лабораторију**		**Број упута за рендген**		**Број упута за функционалну дијагностику**	
			укупно	**по лекару**	укупно	**по лекару на 100 посета**	укупно	**по лекару на 100 посета**	укупно	**по лекару на 100 посета**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
УКУПНО										

Извештај урадио/ла _____ **ДИРЕКТОР** _____ **ДАТУМ**_____

УПУСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О РЕЗУЛТАТИМА КУЛТУРЕ СПУТУМА КОД СУМЊЕ НА ТУБЕРКУЛОЗУ, ПРЕГЛЕДИМА ЛИЦА ИЗ КОНТАКТА ПРВОГ РЕДА СА ОБОЛЕЛИМА ОД ТУБЕРКУЛОЗЕ И РЕЗУЛТАТИМА БАКТЕРИОЛОШКЕ ДИЈАГНОСТИКЕ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе .
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Односи се на редни број под којим се уносе подаци за одређену службу.

Колона 1: Служба – Уписати назив службе (специјалистичко-консултативне амбуланте, дијагностичка служба.....).

Колона 2: Број узорака спутума узетих код сумње на туберкулозу – Уписати укупан број узорака спутума узетих у циљу дијагностиковања туберкулозе (категорија «новооболели»). *Податак о укупном броју узорака спутума узетих код сумње на туберкулозу се добија сабирањем података из месечних извештаја (из реда «укупно» колоне 2 обрасца 2а).*

Колона 3: Број позитивних спутума узетих код сумње на туберкулозу – Уписати укупан број позитивних спутума узетих у циљу дијагностиковања туберкулозе (категорија «новооболели»). *Податак о укупном броју позитивних спутума узетих код сумње на туберкулозу се добија сабирањем података из месечних извештаја (из реда «укупно» колоне 3 обрасца 2а).*

Колона 4: Проценат позитивних спутума узетих код сумње на туберкулозу – Уписати израчунати проценат позитивних спутума узетих у циљу дијагностиковања туберкулозе. *Израчунава се када се укупан број позитивних спутума на туберкулозу за наведени период (колона 3) подели са укупним бројем спутума послатих у циљу дијагностике туберкулозе у одређеној служби (колона 2) и помножи са 100.*

Колона 5: Број узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике – Уписати укупан број узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике које је издао одређени лекар. *Податак о укупном броју узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике се добија сабирањем података из месечних извештаја (из реда «укупно» колоне 2 обрасца 2б).*

Колона 6: Број позитивних узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике – Уписати укупан број позитивних узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике које је издао одређени лекар. *Податак о броју позитивних узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике се добија сабирањем података из месечних извештаја (из реда «укупно» колоне 3 обрасца 2б).*

Колона 7: Проценат позитивних узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике – Уписати израчунати проценат позитивних узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике. *Израчунава се као број позитивних узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике (колона 6) подељен са укупним бројем узетих узорака (колона 5) и помножен са 100.*

Колона 8: Број лица из контакта са оболелим од туберкулозе – Уписати укупан број особа које су биле у контакту првог реда са директно позитивним болесницима са туберкулозом.

Колона 9: Број прегледаних особа из контакта првог реда са оболелима од туберкулозе– Уписати укупан број прегледаних особа из контакта првог реда са директно позитивним болесницима са туберкулозом унутар 30 дана од откривања носиоца контакта. *Подаци о укупном броју лица у контакту првог реда са директно позитивним болесником са туберкулозом, као и о укупном броју прегледаних лица унутар 30 дана добијају се сабирањем података за сваког лекара појединачно и за одређену службу у одељењу за епидемиологију и статистику.*

Колона 10: Проценат прегледаних особа из контакта првог реда са оболелима од туберкулозе– Уписати израчунати проценат прегледаних особа из контакта првог реда са директно позитивним болесницима са туберкулозом унутар 30 дана од откривања носиоца контакта. *Израчунава се као укупан број прегледане деце и одраслих из контакта првог реда са директно позитивним болесницима са туберкулозом унутар 30 дана (колона 9) подељен са укупним бројем лица из контакта (колона 8) и помножен са 100.*

<u>РЕД УКУПНО</u>

За колоне 2, 3, 5, 6, 8 и 9 сабрати податке за све службе.

За колоне 4, 7 и 10 уписати израчунате показатеље на нивоу целе установе.

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О РЕЗУЛТАТИМА КУЛТУРЕ СПУТУМА КОД СУМЊЕ НА ТУБЕРКУЛОЗУ, ПРЕГЛЕДИМА ЛИЦА ИЗ КОНТАКТА СА ОБОЛЕЛИМ ОД ТБ И РЕЗУЛТАТИМА БАКТЕРИОЛОШКЕ ДИЈАГНОСТИКЕ ЗА 20_____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив установе у саставу _____

Ред бр.	**Служба**	**Резултати културе спутума код сумње на ТБ**			**Резултати узорака послатих у микробиолошку лабораторију ради бактериолошке дијагностике**			**Резултати прегледа деце и одраслих из контакта првог реда са оболелима од ТБ**		
		Број узетих спутума	Број позитивних спутума	**Проценат позитивних спутума**	Број узетих узорака	Број позитивних узорака	**Проценат позитивних узорака**	Број лица из контакта првог реда са оболелим од ТБЦ	Број прегледане деце и одраслих из контакта првог реда са оболелим од туберкулозе	**Проценат прегледане деце и одраслих у контакту првог реда са оболеим од туберкулозе (унутар 30 дана)**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
УКУПНО										

Извештај урадио/ла _____ **ДИРЕКТОР** _____ **ДАТУМ**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О УСПЕШНО ЛЕЧЕНИМ ПАЦИЈЕНТИМА СА АСТМОМ И ХОБП-ом, ПРОЦЕНТУ ПАЦИЈЕНАТА КОЈИ НЕ ПУШЕ НАЈМАЊЕ 6 МЕСЕЦИ, И ХОСПИТАЛИЗАЦИЈАМА ПАЦИЈЕНАТА НА ДУГОТРАЈНОЈ ОКСИГЕНОТЕРАПИЈИ У КУЋНИМ УСЛОВИМА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе .
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Редни број

Колона 1: Служба – Уписати назив службе

Колона 2: Број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су имали индикације за болничко лечење – уписати укупан број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по Водичима добре клиничке праксе имали индикације за болничко лечење на нивоу службе. *Податак о укупном броју пацијената са астмом и ХОБП-ом који су имали индикације за хоспитално лечење, добија се сабирањем података из месечних извештаја (из реда «укупно» колоне 2 обрасца 2в).*

Колона 3: Број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су имали индикације за хоспитално лечење, а нису хоспитализовани – Уписати број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по Водичима добре клиничке праксе имали индикације за хоспитално лечење, а успешно су лечени у амбуланти за интентивно збрињавање пулмолошких болесника, односно нису хоспитализовани. *Податак о укупном броју пацијената са астмом и ХОБП-ом који су имали индикације за хоспитално лечење а који су успешно лечени у амбуланти за интензивно збрињавање пулмолошких болесника добија се сабирањем података из месечних извештаја (из реда «укупно» колоне 3 обрасца 2в).*

Колона 4: Проценат пацијената са астмом и ХОБП-ом који су имали индикације за хоспитално лечење, а успешно су лечени у амбулантним условима – Уписати израчунати проценат пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по Водичима добре клиничке праксе имали индикације за хоспитално лечење, а а успешно су лечени у амбуланти за интентивно збрињавање пулмолошких болесника, односно нису хоспитализовани на нивоу службе. *Израчунава се као укупан број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су по Водичима добре клиничке праксе имали индикације за хоспитално лечење, а успешно су лечени у Амбуланти за интензивно збрињавање пулмолошких болесника (нису хоспитализовани) (колона 3) подељено са бројем пацијената са индикацијама за хоспитализацију (број лечених у амбуланти за интервенције плус број пацијената директно послатих у болницу)(колона 2) и помножен са 100.*

Колона 5: Број пацијената који су завршили едукацију у Саветовалишту за одвикавање од пушења – Уписати укупан број пацијената који су завршили едукацију у Саветовалишту за одвикавање од пушења у току годину дана за одређену службу. *Подаци се прикупљају у Саветовалишту за одвикавање од пушења.*
Напомена: Да би се комплетирали подаци за период од годину дана, подаци се односе на период од 01. јула претходне године до 30. јуна године за коју се извештај подноси.

Колона 6: Број пацијената који су завршили едукацију у Саветовалишту за одвикавање од пушења и не пуше након 6 месеци– Уписати укупан број пацијената који су завршили едукацију у

Саветовалишту за одвикавање од пушења у току годину дана и не пуше некон 6 месеци за одређену службу. *Подаци се прикупљају у Саветовалишту за одвикавање од пушења.*
Напомена: Да би се комплетирали подаци за период од годину дана, подаци се односе на период од 01. јула претходне године до 30. јуна године за коју се извештај подноси.

Колона 7: Проценат пацијената који су завршили едукацију у Саветовалишту за одвикавање од пушења и не пуше 6 месеци након завршетка едукације – Уписати израчунати проценат пацијената који по завршетку едукације у Саветовалишту за одвикавање од пушења не пуше након 6 месеци од завршене едукације за службу у току годину дана. *Израчунава се као број пацијената који не пуше најмање шест месеци (колона 6) подељен са укупним бројем пацијената који су прошли кроз програм саветовалишта за одвикавање од пушења (колона 5) и помножен са 100.*

Напомена: Саветовалиште је у обавези да на истом обрасцу Комисији за праћење и унапређење квалитета рада достави пресек квартално (на 3 месеца).

Колона 8: **Број хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима (ДОТ) пре добијања апарата за кисеоник** – уписати укупан број хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији пре добијања апарата за кисеоник у периоду од 12 месеци. *Податак се добија сабирањем података из месечних извештаја (из реда «укупно» колоне 2 обрасца 2г).*

Колона 9: Број хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима (ДОТ) након добијања апарата за кисеоник - уписати укупан број хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији након добијања апарата за кисеоник у периоду на који се односи извештај. *Податак се добија сабирањем података из месечних извештаја (из реда «укупно» колоне 3 обрасца 2г).*

Колона 10: Проценат хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима (ДОТ) након добијања апарата за кисеоник – уписати израчунати проценат хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима након добијања апарата за кисеоник у периоду на који се односи извештај на нивоу службе. *Израчунава се као број хоспитализација пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима (ДОТ) након добијања апарата за оксигенотерапију (колона 9) подељен са бројем хоспитализација истих за 12 месеци пре ДОТ-а (колона 8) и помножен са 100.*

<u>РЕД УКУПНО</u>

Сумирати податке за колону 2, 3, 5, 6, 8 и 9 и унети у ред «укупно», а за колоне 4, 7 и 10 израчунати и уписати проценат на нивоу целе установе.

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О УСПЕШНО ЛЕЧЕНИМ ПАЦИЈЕНТИМА СА АСТМОМ И ХОБП-ом, ПРОЦЕНТУ ПАЦИЈЕНАТА КОЈИ НЕ ПУШЕ НАЈМАЊЕ 6 МЕСЕЦИ, И ХОСПИТАЛИЗАЦИЈАМА ПАЦИЈЕНАТА НА ДУГОТРАЈНОЈ ОКСИГЕНОТЕРАПИЈИ У КУЋНИМ УСЛОВИМА ЗА 20____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив установе у саставу _____

Ред. бр.	**Служба**	**Резултати лечења ацијената са астмом и ХОБП-ом који су имали индикације за болничко лечење**			**Резултати рада Саветовалишта за одвикавање од пушења**			**Хоспитализације код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима**		
		Број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су имали индикације за болничко лечење	Број пацијената са астмом и ХОБП-ом који су имали индикације за болничко лечење, а успешно су лечени у амбулантним условима	**Проценат пацијената са астмом и ХОБП-ом који су имали индикације за болничко лечење, а успешно су лечени у амбулантним условима**	Број пацијената који су завршили едукацију у Саветовалишту за одвикавање од пушења	Број пацијената који су завршили едукацију у Саветовалишту за одвикавање од пушења и не пуше након 6 месеци	**Проценат пацијената који су завршили едукацију у Саветовалишту за одвикавање од пушења и не пуше 6 месеци након завршетка едукације**	Број хоспитализација пацијената на дуготрајној оксигенотерапији пре добијања апарата	Број хоспитализација пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима након добијања апарата	**Проценат хоспитализација код пацијената на дуготрајној оксигенотерапији у кућним условима након добијања апарата**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
УКУПНО										

Извештај урадио/ла _____ **ДИРЕКТОР** _____ **Датум**_____

7. Здравствена заштита оболелих од полно преносивих инфекција и болести коже - завод за кожно-венеричне болести

Показатељи квалитета здравствене заштите оболелих од полно преносивих инфекција и болести коже из члана 14. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите прате се у заводу за кожно-венеричне болести.

Подаци потребни за израчунавање обавезних показатеља квалитета прикупљају се дневно за сваког појединачног лекара специјалисту дерматовенерологије.

Дневна евиденција о квалитету здравствене заштите оболелих од полно преносивих инфекција и болести коже води се за сваког лекара специјалисту дерматовенерологије појединачно и може је водити лекар или медицинска сестра-техничар.

На крају месеца, подаци потребни за израчунавање показатеља квалитета (број прегледа, превентивних прегледа, пацијената са полно преносивим инфекцијама, пацијената са макроскопски откривеном неоплазијом коже и др.) за сваког појединачног лекара се сумирају и као такви уносе у образац за месечни извештај на нивоу службе/одељења.

Након једногодишњег периода, израчунавањем показатеља за сваку службу појединачно, формира се извештај, а попуњени **обрасци 3 и 4** достављају окружном институту/заводу за јавно здравље који их уноси у базу података.

На основу прикупљених података Завод за кожно-венеричне болести обавља анализу квалитета и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О КВАЛИТЕТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОБОЛЕЛИХ ОД ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ ИНФЕКЦИЈА И БОЛЕСТИ КОЖЕ

На предвиђеној линији у наслову уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе, одељења.

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА
Уписати пуно име и презиме лекара
МАТИЧНИ БРОЈ ЛЕКАРА
У предвиђене кућице уписати матични број лекара.

Колона 0: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: **Број прегледа.** Уписати укупан број прегледа за одређени датум (дан).
Напомена: узимају се у обзир и куративни и превентивни прегледи.

Колона 2: Број превентивних прегледа. Уписати укупан број превентивних прегледа за одређени датум (дан).

Колона 3: **Број пацијената са полно преносивом инфекцијом (ППИ).** Уписати укупан број пацијената са полно преносивом инфекцијом за одређени датум (дан).

Колона 4: Број пацијената са ППИ које се пријављују. Уписати укупан број пацијената са полно преносивом инфекцијом која се пријављује према важећим прописима, за одређени датум (дан).

Колона 5: **Број пацијената са ППИ у саветовалишту.** Уписати број пацијената са полно преносивом инфекцијом обухваћених радом саветовалишта за ППИ за одређени датум (дан).

Колона 6: **Број пацијената са ППИ са препоруком инфицираног партнера.** Уписати број пацијената са полно преносивом инфекцијом који су дошли на преглед по препоруци партнера са полно преносивом инфекцијом за одређени датум (дан).

Колона 7: **Број пацијената са ХПВ лезијом у аногениталној регији.** Уписати број прегледаних пацијената са лезијом изазваном хуманим папилома вирусом (ХПВ) у аногениталној регији, за одређени датум (дан).

Колона 8: **Број пацијената са одстрањеном ХПВ лезијом у аногениталној регији.** Уписати број пацијената са одстрањеном лезијом изазваном хуманим папилома вирусом у аногениталној регији за одређени датум (дан).

Колона 9: **Број пацијената са макроскопски откривеном неоплазијом коже.** Уписати број прегледаних пацијената код којих је откривена неоплазија коже макроскопским прегледом за одређени датум (дан).

Колона 10: **Број пацијената са неоплазијом коже потврђеном дигиталном дерматоскопијом.** Уписати број прегледаних пацијената којима је неоплазија коже откривена макроскопски и потврђена путем дигиталне дерматоскопије за одређени датум (дан).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О КВАЛИТЕТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОБОЛЕЛИХ ОД ППИ И БОЛЕСТИ КОЖЕ ЗА _____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
МАТИЧНИ БРОЈ ЛЕКАРА |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Датум	Број прегледа	Број превентивних прегледа	Број пацијената са ППИ	Број пацијената са ППИ које се пријављују	Број пацијената са ППИ у саветовалишту	Број пацијената са ППИ са препоруком инфицираног партнера	Број пацијената са ХПВ лезијом у аногениталној регији	Број пацијената са одстрањеном ХПВ лезијом у аногенит. регији	Број пацијената са макрос. откривеном неоплаз. коже	Број пацијената са неоплаз. коже потврђен дигитал. дермато-скопијом
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
Укупно										

Извештај урадио/ла _____ **Датум** _____

Потпис и факсимил лекара _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О КВАЛИТЕТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОБОЛЕЛИХ ОД ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ ИНФЕКЦИЈА И БОЛЕСТИ КОЖЕ

На предвиђеној линији у наслову уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе, одељења.

Напомена: Подаци потребни за попуњавање Обрасца 2 добијају се из реда „укупно“ Обрасца 1 за одговарајућу колону.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1. Име и презиме лекара. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара да би се омогућило индивидуално праћење квалитета рада у здравственој заштити оболелих од полно преносивих инфекција и болести коже на нивоу здравствене установе.

Колона 2: **Број прегледа.** Уписати укупан број прегледа које је обавио одређени лекар у току месеца.

Колона 3: Број превентивних прегледа. Уписати укупан број превентивних прегледа које је обавио одређени лекар у току месеца.

Колона 4: **Број пацијената са полно преносивом инфекцијом (ППИ).** Уписати укупан број пацијената са полно преносивом инфекцијом код одређеног лекара у току месеца.

Колона 5: Број пацијената са ППИ које се пријављују. Уписати укупан број пацијената са полно преносивом инфекцијом која се пријављује према важећим прописима, код одређеног лекара у току месеца.

Колона 6: **Број пацијената са ППИ у саветовалишту.** Уписати број пацијената са полно преносивом инфекцијом обухваћених радом саветовалишта за ППИ за одређеног лекара у току месеца.

Колона 7: **Број пацијената са ППИ са препоруком инфицираног партнера.** Уписати број пацијената са полно преносивом инфекцијом који су дошли на преглед по препоруци партнера са полно преносивом инфекцијом за одређеног лекара у току месеца.

Колона 8: **Број пацијената са ХПВ лезијом у аногениталној регији.** Уписати број прегледаних пацијената са лезијом изазваном хуманим папилома вирусом (ХПВ) у аногениталној регији за одређеног лекара у току месеца.

Колона 9: **Број пацијената са одстрањеном ХПВ лезијом у аногениталној регији.** Уписати број пацијената са одстрањеном лезијом изазваном хуманим папилома вирусом у аногениталној регији за одређеног лекара у току месеца.

Колона 10: **Број пацијената са макроскопски откривеном неоплазијом коже.** Уписати број прегледаних пацијената код којих је откривена неоплазија коже макроскопским прегледом за одређеног лекара у току месеца.

Колона 11: **Број пацијената са неоплазијом коже потврђеном дигиталном дерматоскопијом.** Уписати број прегледаних пацијената којима је неоплазија коже откривена макроскопски потврђена дигиталном дерматоскопијом, за одређеног лекара у току месеца.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О КВАЛИТЕТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОБОЛЕЛИХ ОД ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ ИНФЕКЦИЈА И БОЛЕСТИ КОЖЕ ЗА _____ 200___ ГОДИНЕ.

Назив здравствене установе: _____

Назив организационе јединице: _____

Р. бр.	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА	Број прегледа	Број преве-нтивних прегледа	Број пацијената са ППИ	Број пацијената са ППИ које се пријављују	Број пацијената са ППИ у савето-валишту	Број пацијената са ППИ са препоруком инфицираног партнера	Број пацијената са ХПВ лезијом у аногенитал. регији	Број пацијената са одстрањеном ХПВ лезијом у аногенитал. регији	Број пацијената са макроск. откривеном неоплазијом коже	Број пацијената са неоплазијом коже потврђеном дигит. дерма-тоскопијом
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
УКУПНО											

ИЗВЕШТАЈ УРАДИО/ЛА: _____

ПОТПИС И ФАКСИМИЛ НАЧЕЛНИКА СЛУЖБЕ: _____ **ДАТУМ:** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

ПОДАЦИ О КВАЛИТЕТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОБОЛЕЛИХ ОД ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ ИНФЕКЦИЈА И БОЛЕСТИ КОЖЕ

На предвиђеној линији у наслову уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.

Напомена: Подаци потребни за попуњавање Обрасца 3 добијају се сумирањем података из реда „укупно“ Обрасца 2 за одговарајућу колону за наведену годину.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1. Организациона јединица. Уписати назив организационе јединице (службе/одељења).

Колона 2: **Број прегледа.** Уписати укупан број прегледа за одређену организациону јединицу за наведену годину.
Напомена: узимају се у обзир и куративни и превентивни прегледи.

Колона 3: Број превентивних прегледа. Уписати укупан број превентивних прегледа за одређену организациону јединицу за наведену годину.

Колона 4: **Број пацијената са полно преносивом инфекцијом (ППИ).** Уписати укупан број пацијената са полно преносивом инфекцијом (ППИ) за одређену организациону јединицу за наведену годину.

Колона 5: Број пацијената са ППИ које се пријављују. Уписати укупан број пацијената са полно преносивом инфекцијом која се пријављује према важећим прописима, за одређену организациону јединицу за наведену годину.

Колона 6: **Број пацијената са ППИ у саветовалишту.** Уписати број пацијената са полно преносивом инфекцијом обухваћених радом саветовалишта за ППИ за одређену организациону јединицу за наведену годину.

Колона 7: **Број пацијената са ППИ са препоруком инфицираног партнера.** Уписати број пацијената са полно преносивом инфекцијом који су дошли на преглед по препоруци партнера са полно преносивом инфекцијом за одређену организациону јединицу за наведену годину.

Колона 8: **Број пацијената са ХПВ лезијом у аногениталној регији.** Уписати број прегледаних пацијената са лезијом изазваном хуманим папилома вирусом (ХПВ) у аногениталној регији за одређену организациону јединицу за наведену годину.

Колона 9: **Број пацијената са одстрањеном ХПВ лезијом у аногениталној регији.** Уписати број пацијената са одстрањеном лезијом изазваном хуманим папилома вирусом у аногениталној регији за одређену организациону јединицу за наведену годину.

Колона 10: **Број пацијената са макроскопски откривеном неоплазијом коже.** Уписати број прегледаних пацијената код којих је откривена неоплазија коже макроскопским прегледом за одређену организациону јединицу за наведену годину.

Колона 11: **Број пацијената са неоплазијом коже потврђеном дигиталном дерматоскопијом.** Уписати број прегледаних пацијената којима је неоплазија коже откривена

макроскопски и потврђена дигиталном дерматоскопијом, за одређену организациону јединицу за наведену годину.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ПОДАЦИ О КВАЛИТЕТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОБОЛЕЛИХ ОД ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ ИНФЕКЦИЈА И БОЛЕСТИ КОЖЕ

ЗА _____ ГОДИНУ

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ: _____

Р. бр.	ОРГАНИЗАЦИОНА ЈЕДИНИЦА	Број прегледа	Број преве-нтивних прегледа	Број пацијената са ППИ	Број пацијената са ППИ које се пријављују	Број пацијената са ППИ у савето-валишту	Број пацијената са ППИ са препоруком инфицираног партнера	Број пацијената са ХПВ лезијом у аногенитал. регији	Број пацијената са одстрањеном ХПВ лезијом у аногенитал. регији	Број пацијената са макроск. откривеном неоплазијом коже	Број пацијената са неоплазијом коже потврђеном дигит. дерма-тоскопијом
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
УКУПНО											

ИЗВЕШТАЈ УРАДИО/ЛА: _____ ДИРЕКТОР: _____ ДАТУМ: ___ _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОБОЛЕЛИХ ОД ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ ИНФЕКЦИЈА И БОЛЕСТИ КОЖЕ

На предвиђеној линији у наслову уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.

Напомена: Подаци потребни за попуњавање Обрасца 4 израчунавају се према датим формулама, на основу података из Обрасца 3.

Колона 0: **Редни број.** Означава број реда.

Колона 1. Организациона јединица. Уписати назив организационе јединице (службе/одељења).

Колона 2: **Проценат превентивних прегледа.** Уписати проценат обављених превентивних прегледа за одређену организациону јединицу за наведену годину.
Израчунава се тако што се број превентивних прегледа (податак из колоне 3 Обрасца 3) подели са укупним бројем прегледа (податак из колоне 2 Обрасца 3) и помножи са 100.

Колона 3: Проценат пацијената са ППИ који су обухваћени радом саветовалишта за ППИ. Уписати проценат пацијената са полно преносивом инфекцијом обухваћених радом саветовалишта за ППИ за одређену организациону јединицу за наведену годину.
Израчунава се тако што се број пацијената са полно преносивом инфекцијом обухваћених радом саветовалишта за ППИ (податак из колоне 6 Обрасца 3) подели са укупним бројем пацијената са ППИ (податак из колоне 4 Обрасца 3) и помножи са 100.

Колона 4: **Проценат пацијената са ППИ који су дошли на преглед по препоруци инфицираног партнера.** Уписати проценат пацијената са полно преносивом инфекцијом који су дошли на преглед по препоруци партнера са полно преносивом инфекцијом за одређену организациону јединицу за наведену годину.
Израчунава се тако што се број пацијената са полно преносивом инфекцијом који су дошли на преглед по препоруци партнера са полно преносивом инфекцијом (податак из колоне 7 Обрасца 3) подели са укупним бројем пацијената са ППИ које се пријављују (податак из колоне 5 Обрасца 3) и помножи са 100.

Колона 5: **Проценат пацијената са одстрањеном ХПВ лезијом у аногениталној регији.** Уписати проценат пацијената са одстрањеном лезијом изазваном хуманим папилома вирусом (ХПВ) у аногениталној регији за одређену организациону јединицу за наведену годину.
Израчунава се тако што се број пацијената са одстрањеном лезијом изазваном хуманим папилома вирусом (ХПВ) у аногениталној регији (податак из колоне 9 Обрасца 3) подели са бројем пацијената са лезијом изазваном хуманим папилома вирусом (податак из колоне 8 Обрасца 3) и помножи са 100.

Колона 6: **Проценат пацијената са неоплазијом која је потврђена дигиталном дермоскопијом.** Уписати проценат пацијената којима је неоплазија коже откривена макроскопским прегледом, потврђена дигиталном дермоскопијом за одређену организациону јединицу за наведену годину.
Израчунава се тако што се број пацијената којима је потврђена неоплазија коже дигиталном дермоскопијом (податак из колоне 11 Обрасца 3) подели са бројем пацијената са неоплазијом коже откривеном макроскопски (податак из колоне 10 Образац 3) и помножи са 100.

РЕД УКУПНО

Уписати израчунате показатеље за ниво целе установе
Напомена: Подаци се не сумирају већ се за израчунавање користе одговарајући подаци из реда „укупно“ обрасца 3.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
ОБОЛЕЛИХ ОД ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ ИНФЕКЦИЈА И БОЛЕСТИ КОЖЕ
ЗА _____ ГОДИНУ

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ: _____

Р. Бр.	ОРГАНИЗАЦИОНА ЈЕДИНИЦА	**Проценат превентивних прегледа**	**Проценат пацијената са ППИ обухваћених радом саветовалишта за ППИ**	**Проценат пацијената са ППИ који су дошли на преглед по препоруци инфицираног партнера**	**Проценат пацијената са одстрањеном ХПВ лезијом у аногениталној регији**	**Проценат пацијената са неоплазијом коже потврђеном дигиталном дермоскопијом**
0	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
УКУПНО						

ИЗВЕШТАЈ УРАДИО/ЛА: _____ **ДИРЕКТОР: _____** **ДАТУМ: _____**

8. Хитна медицинска помоћ – служба за хитну медицинску помоћ при дому здравља и завод за хитну медицинску помоћ

Показатељи квалитета рада примарне здравствене заштите – хитна медицинска помоћ из члана 15. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите (»Службени гласник РС«, број 49/10), прате се у службама за хитну медицинску помоћ при дому здравља и заводу за хитну медицинску помоћ у Београду, Новом Саду, Нишу и Крагујевцу.

Подаци потребни за израчунавање показатеља се прикупљају дневно за сваку оперативну смену појединачно. Дневну евиденцију о броју позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позив првог реда хитности и времену пријема позива за први ред хитности, времену предаје позива за први ред хитности екипи, времену ослобађања екипе на терен, као и временским интервалима I, II и III може водити шеф оперативне смене на основу лекарских извештаја, протокола позива или протокола интервенција (књига интервенција). Дневну евиденцију о броју изненадних срчаних застоја / рађених кардиопулмоналних реанимација / успешних кардиопулмоналних реанимација / прегледаних пацијената на терену / самостално решених случајева на терену, такође може водити шеф оперативне смене на основу лекарских извештаја, протокола позива или протокола интервенција (књига интервенција).

Након завршетка радног дана (смене) шеф оперативне смене уноси податке у **образац 1**, за одређени датум, уносећи редни број позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позив првог реда хитности и време пријема позива за први ред хитности, време предаје позива за први ред хитности екипи, време ослобађања екипе на терен, као и временске интервале I, II и III у одговарајућу колону. Евиденциони лист (образац 1) се води за сваку оперативну смену појединачно. Након завршетка радног дана (смене) шеф оперативне смене уноси податке у **образац 4**, за одређени датум, уносећи укупан број изненадних срчаних застоја / рађених кардиопулмоналних реанимација / успешних кардиопулмоналних реанимација. Евиденциони лист (образац 4) се води за сваку оперативну смену појединачно. Такође, након завршетка радног дана (смене) шеф оперативне смене уноси податке у **образац 7**, за одређени датум, уносећи укупан број прегледаних пацијената на терену и амбуланти, самостално решених случајева на терену и амбуланти, пацијентима са тешком траумом и акутним коронарним синдромом у одговарајућу колону.

На крају месеца, подаци из обрасца 1 за сваку појединачну оперативну смену се сумирају и уносе у **образац 2**, а подаци из обрасца 4 за сваку појединачну оперативну смену се сумирају и уносе у **образац 5**, подаци из образаца 7 за сваку појединачну оперативну смену се сумирају и уносе **у образац 8**. Обрасци 2, 5 и 8 представљају месечни извештај на нивоу службе / установе.

На крају извештајног периода подаци из обрасца 2, за сваки месец појединачно, се сумирају и уносе у **образац 3**, а подаци из обрасца 5, за сваки месец појединачно, се сумирају и уносе у **образац 6**. Подаци из обрасца 8 се сумирају и уносе у **образац 9 и образац 10**.

Свака здравствена установа, након једногодишњег периода, израчунавањем показатеља за установу у целини формира извештај и попуњене **обрасце 3, 6, 9, 10 и 11** доставља окружном институту/заводу за јавно здравље.

Окружни институт/завод за јавно здравље прослеђује податке Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, који све податке везане за показатеље квалитета рада у области хитне медицинска помоћи, доставља у извештајној форми установи одговорној за контролу и анализу података за дату годину. Завод за хитну медицинску помоћ у Београду, Новом Саду, Нишу и Крагујевцу, наведеним редоследом наизменично, почевши од 2011. године, врше контролу достављених података и о евентуалним изменама обавештавају Институт за јавно здравље Србије, како би оне биле унете у базу података, а потом сачињавају анализу и коначан извештај достављају Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ВРЕМЕНСКИМ ИНТЕРВАЛИМА I, II И III

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати дан, месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.
Оперативна смена. Уписати оперативну смену (број)

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Односи се на редни број позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позив првог реда хитности у току дана у месецу.

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Последња цифра у колони 1 представља укупан број позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позив првог реда хитности за тај дан у месецу.

Напомена 3: Под појмом "први ред хитности" подразумевају се акутно настала стања која директно и непосредно угрожавају виталне функције и код којих се у најмање могућем временском року мора започети ургентна медицинска интервенција, нпр: изненадни срчани застој, престанак дисања, губитак свести, акутни мождани удар, јак бол у грудном кошу, опструкција дисајног пута, утапање, вешање, удар струје и грома, опекотине са захватањем велике површине тела, ране нанешене ватреним и хладним оружјем, масивна крварења из спољашњих отвора, посекотине екстремитета са обилним крварењем, трауматске ампутације екстремитета, отворен прелом дугих костију, позив са јавног места са подацима да је особа без свести, да не дише или да је поплавела у лицу, падови са висине, алергијска реакција са отежаним дисањем или без свести, коме непознатог узрока, конвулзије и гушења код деце, први епи напад, порођај у току (контракције са понављањем на 5 минута), саобраћајни удес,...

Колона 2: Време пријема позива. Уписати време када је завршен пријем позива за први ред хитности.

Напомена: Време уписати у облику XX:MM (нпр. 07:02).

Колона 3: Време предаје позива екипи. Уписати време када је диспечер предао екипи позив првог реда хитности.

Напомена: Време уписати у облику XX:MM (нпр. 07:04).

Колона 4: Време доласка екипе до пацијента. Уписати време доласка екипе до пацијента.

Напомена: Време уписати у облику XX:MM (нпр. 07:12).

Колона 5: Време ослобађања екипе или време предаје пацијента на даље збрињавање. Уписати време ослобађања екипе или време предаје пацијента на даље збрињавање.

Напомена: Време уписати у облику XX:MM (нпр. 07:25).

Колона 6: Временски интервал I. Уписати временски интервал у минутама који је прошао од момента пријема позива за први ред хитности до предаје тог позива (податак се добија када се од времена у колони 3 одузме време у колони 2, за сваки позив првог реда хитности који се евидентира).

Напомена: Уколико је разлика ових времена мања од једне минуте у колону се уписује податак да временски интервал износи један минут (нпр. временски интервал добијен одузимањем два времена износи 30 секунди, уписујемо1 минут).

Колона 7: Временски интервал II. Уписати временски интервал у минутама који је прошао од момента предаје позива за први ред хитности екипи до доласка екипе до пацијента (податак се добија када се од времена у колони 4 одузме време у колони 3, за сваки позив првог реда хитности који се евидентира).

Напомена: Уколико је разлика ових времена мања од једне минуте у колону се уписује податак да временски интервал износи један минут (нпр. временски интервал добијен одузимањем два времена износи 30 секунди, уписујемо1 минут).

Колона 8: Временски интервал III. Уписати временски интервал у минутама који је прошао од момента доласка екипе до пацијента до момента ослобађања екипе или предаје пацијента на даље збрињавање за први ред хитности (податак се добија када се од времена у колони 5 одузме време у колони 4, за сваки позив првог реда хитности који се евидентира).

Напомена: Уколико је разлика ових времена мања од једне минуте у колону се уписује податак да временски интервал износи један минут (нпр. временски интервал добијен одузимањем два времена износи 30 секунди, уписујемо1 минут).

<u>РЕД УКУПНО</u>

Сумирати податке за колоне 6, 7 и 8 и унети у ред "укупно".
Напомена: за колону 1 податак "укупно" се добија преписивањем последње цифре из колоне 1.

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Шеф оперативне смене, за коју је наведена евиденција вођена, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране шефа оперативне смене.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ВРЕМЕНСКИМ ИНТЕРВАЛИМА I, II и III
ЗА ДАН _____МЕСЕЦ _____20__.године

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____
Оперативна смена _____ _____

Ред. бр.	Ред. бр.позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позив првог реда хитности	Време пријема позива за први ред хитности	Време предаје позива за први ред хитности екипи	Време доласка екипе до пацијента	Време ослобађања екипе	Временски интервал I (у минутама)	Временски интервал II (у минутама)	Временски интервал III (у минутама)
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Укупно								

Извештај урадио/ла_____ **Шеф оперативне смене** _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ВРЕМЕНСКИМ ИНТЕРВАЛИМА I, II И III

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Оперативна смена. Уписати број оперативне смене.

Колона 1: Број позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позив првог реда хитности. Уписати укупан број позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позив првог реда хитности за месец дана по оперативној смени (податак се добија збрајањем вредности из реда "укупно" - колона 1 свих дневних евиденција/образац 1 за сваку оперативну смену посебно).

Колона 2: Временски интервал I. Уписати вредност за временски интервал I у минутама за месец дана по оперативној смени (податак се добија збрајањем вредности из реда "укупно" - колона 6 свих дневних евиденција/образац 1 за сваку оперативну смену посебно).

Колона 3: **Временски интервал II.** Уписати вредност за временски интервал II у минутама за месец дана по оперативној смени (податак се добија збрајањем вредности из реда "укупно" - колона 7 свих дневних евиденција/образац 1 за сваку оперативну смену посебно).

Колона 4: **Временски интервал III.** Уписати вредност за временски интервал III у минутама за месец дана по оперативној смени (податак се добија збрајањем вредности из реда "укупно" - колона 8 свих дневних евиденција/образац 1 за сваку оперативну смену посебно).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник / руководилац службе, на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника / руководиоца службе.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ВРЕМЕНСКИМ ИНТЕРВАЛИМА I, II И III

ЗА _____ 20 ____год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Оперативна смена	Број позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позиве првог реда хитности	Временски интервал I (у минутама)	Временски интервал II (у минутама)	Временски интервал III (у минутама)
0	1	2	3	4
Укупно:				

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

ИЗВЕШТАЈ О АКТИВАЦИОНОМ ВРЕМЕНУ, РЕАКЦИОНОМ ВРЕМЕНУ И ВРЕМЕНУ ПРЕХОСПИТАЛНЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позив првог реда хитности. Уписати укупан број позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позив првог реда хитности за установу у целини (податак се добија збрајањем вредности из реда "укупно" - колона 1 свих месечних извештаја/образац 2).

Колона 2: Временски интервал I. Уписати вредност за временски интервал I у минутама за установу у целини (податак се добија збрајањем вредности из реда "укупно" - колона 2 свих месечних извештаја/образац 2).

Колона 3: Временски интервал II. Уписати вредност за временски интервал II у минутама за установу у целини (податак се добија збрајањем вредности из реда "укупно" - колона 3 свих месечних извештаја/образац 2).

Колона 4: Временски интервал III. Уписати вредност за временски интервал III у минутама за установу у целини (податак се добија збрајањем вредности из реда "укупно" - колона 4 свих месечних извештаја/образац 2).

Колона 5: Активационо време. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља. *Израчунава се као збир свих временских интервала I у минутама за први ред хитности (колона 2) подељен са укупним бројем позива првог реда хитности (колона 1).*

Колона 6: **Реакционо време.** Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.
Израчунава се као збир свих временских интервала II у минутама за први ред хитности (колона 3) подељен са бројем укупних излазака на терен за позиве првог реда хитности (колона 1).

Колона 7: **Време прехоспиталне интервенције.** Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.
Израчунава се као збир свих временских интервала III у минутама за први ред хитности (колона 4) подељен са бројем укупних излазака на терен за позиве првог реда хитности (колона 1).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О АКТИВАЦИОНОМ ВРЕМЕНУ, РЕАКЦИОНОМ ВРЕМЕНУ И ВРЕМЕНУ ПРЕХОСПИТАЛНЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____

Бр. позива за први ред хитности / излазака екипа на терен за позив првог реда хитности	Временски интервал I (у минутама)	Временски интервал II (у минутама)	Временски интервал III (у минутама)	**Активационо време**	**Реакционо време**	**Време прехоспиталне интервенције**
1	2	3	4	5	6	7

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ ИЗНЕНАДНИХ СРЧАНИХ ЗАСТОЈА И КАРДИОПУЛМОНАЛНИХ РЕАНИМАЦИЈА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.
Оперативна смена. Уписати оперативну смену (број)

Колона 0: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: Број изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи за одређени датум (дан).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом "изненадни срчани застој" подразумева се нетрауматски, срчани застој узрокован срчаним променама, обележен наглим губитком свести унутар једног сата од јављања акутних симптома у особе која може али и не мора имати претходну болест срца, а време и начин умирања су неочекивани.

Напомена 3: Под појмом „без присуства екипе хитне медицинске помоћи“ подразумева се да је екипа по доласку затекла пацијента без виталних знакова: дисање или неки од знакова постојања циркулације.

Колона 2: Број изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи за одређени датум (дан).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом "изненадни срчани застој" подразумева се нетрауматски, срчанизастој узрокован срчаним променама, обележен наглим губитком свести унутар једног сата од јављања акутних симптома у особе која може али и не мора имати претходну болест срца, а време и начин умирања су неочекивани.

Напомена 3: Под појмом „у присуству екипе хитне медицинске помоћи“ подразумева се да је екипа по доласку затекла пацијента са неким од виталних знакова: дисање или неки од знакова постојања циркулације, а да је затим у току прегледа наступило погоршање што је узроковало престанак рада срца и дисања.

Колона 3: Број рађених кардиопулмоналних реанимација. Уписати укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом "кардиопулмонална реанимација" подразумева се низ мера и поступака за основно и проширено одржавање живота, са или без употребе апаратуре.

Колона 4: Број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја који се дешава без присуства екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број рађених кардио-пулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја који се дешава без присуства екипе хитне медицинске помоћи за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Колона 5: Број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја који се дешава у присуству екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја који се дешава у присуству екипе хитне медицинске помоћи за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Колона 6: Број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја који се дешава без присуства екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја који се дешава без присуства екипе хитне медицинске помоћи за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом "успешна кардиопулмонална реанимација" подразумева се присуство спонтане циркулације на пријему у болницу, свест и дисање могу, али и не морају бити присутне (дисање је обезбеђено од стране медицинског тима).

Колона 7: Број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја који се дешава у присуству екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број успешних кардио-пулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја који се дешава у присуству екипе хитне медицинске помоћи за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом "успешна кардиопулмонална реанимација" подразумева се присуство спонтане циркулације на пријему у болницу, свест и дисање могу, али и не морају бити присутне (дисање је обезбеђено од стране медицинског тима).

<u>РЕД УКУПНО</u>

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Шеф оперативне смене, за коју је наведена евиденција вођена, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране шефа оперативне смене.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ ИЗНЕНАДНИХ СРЧАНИХ ЗАСТОЈА И КАРДИОПУЛМОНАЛНИХ РЕАНИМАЦИЈА

ЗА _____20__.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____
Оперативна смена _____

Датум	Број изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи (ХМП)	Број изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе ХМП	Број рађених кардио пулмоналних реанимација (КПР)	Број рађених КПР у случају изненадних срчаних застоја који се дешава без присуства екипе ХМП	Број рађених КПР у случају изненадних срчаних застоја који се дешава у присуству екипе ХМП	Број успешних КПР у случају изненадних срчаних застоја који се дешава без присуства екипе ХМП	Број успешних КПР у случају изненадних срчаних застоја који се дешава у присуству екипе ХМП
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
Укупно							

Извештај урадио/ла_____ Шеф оперативне смене _____ Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ИЗНЕНАДНИХ СРЧАНИХ ЗАСТОЈА И КАРДИОПУЛМОНАЛНИХ РЕАНИМАЦИЈА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Оперативна смена. Уписати број оперативне смене.

Колона 1: Број изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 4 за сваку оперативну смену – колона 1 свих дневних евиденција).

Колона 2: Број изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 4 за сваку оперативну смену – колона 2 свих дневних евиденција).

Колона 3: Број рађених кардиопулмоналних реанимација. Уписати укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 4 за сваку оперативну смену – колона 3 свих дневних евиденција).

Колона 4: Број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 4 за сваку оперативну смену – колона 4 свих дневних евиденција).

Колона 5: Број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 4 за сваку оперативну смену – колона 5 свих дневних евиденција).

Колона 6: Број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су наступили без присуства екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су наступили без присуства екипе хитне медицинске помоћи за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 4 за сваку оперативну смену – колона 6 свих дневних евиденција).

Колона 7: Број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су наступили у присуству екипе хитне медицинске помоћи за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 4 за сваку оперативну смену – колона 7 свих дневних евиденција).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе, на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ИЗНЕНАДНИХ СРЧАНИХ ЗАСТОЈА И КАРДИОПУЛМОНАЛНИХ РЕАНИМАЦИЈА ЗА _____20__.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Оперативна смена	Број изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи (ХМП)	Број изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе ХМП	Број рађених кардио пулмоналних реанимација (КПР)	Број рађених КПР у случају изненадног срчаног застоја који се десио без присуства екипе ХМП	Број рађених КПР у случају изненадног срчаног застоја који се десио у присуству екипе ХМП	Број успешних КПР у случају изненадног срчаног застоја који се десио без присуства екипе ХМП	Број успешних КПР у случају изненадног срчаног застоја који се десио у присуству екипе ХМП
0	1	2	3	4	5	6	7
Укупно							

Извештај урадио/ла _____ **Датум** _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 6

(ИЗВЕШТАЈ О ИЗНЕНАДНИМ СРЧАНИМ ЗАСТОЈИМА И КАРДИОПУЛМОНАЛНИМ РЕАНИМАЦИЈАМА)

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Укупан број изненадних срчаних застоја. Уписати укупан број изненадних срчаних застоја за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" колона 1 и колона 2 свих месечних извештаја/образац 5).

Колона 2: Укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација. Уписати укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација за за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" колона 3 свих месечних извештаја/образац 5).

Колона 3: Проценат извршених кардиопулмоналних реанимација. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.
Израчунава се као број свих рађених кардиопулмоналних реанимација (колона 2) подељен са укупним бројем изненадних срчаних застоја (колона 1) и помножен са 100.

Колона 4: Укупан број изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" колона 1 свих месечних извештаја/образац 5).

Колона 5: Укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" колона 4 свих месечних извештаја/образац 5).

Колона 6: Укупан број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" колона 6 свих месечних извештаја/образац 5).

Колона 7: Проценат успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.
Израчунава се као број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи (колона 6) подељен са укупним бројем извршених кардио пулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе хитне медицинске помоћи (колона 5) и помножен са 100.

Колона 8: Укупан број изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" колона 2 свих месечних извештаја/образац 5).

Колона 9: Укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број рађених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" колона 5 свих месечних извештаја/образац 5).

Колона 10: Укупан број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи. Уписати укупан број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" колона 7 свих месечних извештаја/образац 5).

Колона 11: Проценат успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.
Израчунава се као број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи (колона 10) подељен са укупним бројем извршених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи (колона 9) и помножен са 100

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О НАПРАСНИМ СРЧАНИМ ЗАСТОЈИМА И КАРДИОПУЛМОНАЛНИМ РЕАНИМАЦИЈАМА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број изненадних срчаних застоја	Број рађених КПР	**Проценат извршених КПР**	Број изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе ХМП	Број рађених КПР у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе ХМП	Број успешних КПР у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе ХМП	**Проценат успешних КПР у случају изненадних срчаних застоја који су се десили без присуства екипе ХМП**	Број изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе ХМП	Број рађених КПР у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе ХМП	Број успешних КПР у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе ХМП	**Проценат успешних КПР у случају изненадних срчаних застоја који су се десили у присуству екипе ХМП**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 7

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА ЗБРИНУТИМ НА ТЕРЕНУ, АМБУЛАНТИ, ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА ТЕШКОМ ТРАУМОМ И ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА АКУТНИМ КОРАНОРНИМ СИНДРОМ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.
Оперативна смена. Уписати оперативну смену (број)

Колона 0: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: Број пацијената збринутих на терену. Уписати укупан број пацијената збринутих на терену у току дана за одређени датум (дан).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом „пацијенти збринути на терену“ подразумева се број интервенција па терену у току дана (не рачунају се отказани и лажни позиви)

Колона 2: Број пацијената збринутих у амбуланти. Уписати број пацијената збринутих у амбуланти хитне медицинске помоћи у току дана за одређени датум (дан).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом „амбуланта хитне медицинске помоћи“ подразумева се место где пацијенти самостално долазе и траже хитну медицинску помоћ. Уколико постоји већи број амбуланти сумира се број пацијената из свих амбуланти.

Колона 3: Број пацијената самостално решаних на терену. Уписати укупан број пацијената самостално решених на терену у току дана за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом „ пацијенти самостално решени на терену“ подразумевају се пацијенти који после третмана екипе хитне медицинске помоћи нису упућени или одвежени на даљи третман у установу секундарног нивоа здравствене заштите. Уколико је пацијент добио само упут за специјалистички преглед или даље испитивање, ови пацијенти се такође рачунају као самостално решени пацијенти.

Колона 4: Број пацијената самостално решаних у амбуланти. Уписати укупан број пацијената самостално решених.у амбуланти хитне медицинске помоћи у току дана за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом „пацијенти самостално решени у амбуланти“ подразумевају се пацијенти који после третмана екипе хитне медицинске помоћи нису упућени или одвежени на даљи третман у установу секундарног нивоа здравствене заштите. Уколико је пацијент добио само упут за

специјалистички преглед или даље испитивање, ови пацијенти се такође рачунају као самостално решени пацијенти.

Колона 5: Број пацијената на терену са тешком траумом. Уписати укупан број пацијената на терену са тешком траумом у току дана за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом „тешка траума“ подразумева се трауматско велико оштећење једног органа или органског система које може да угрози и друге органе или органске системе у анатомском и/или функционалном смислу и да резултира смрћу пацијента.

Колона 6: Број пацијената са тешком траумом којима је урађен индикован медицински третман. Уписати број пацијената на терену са тешком трумом којима је урађен индикован медицински третман у току дана за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом „индиковани медицински третман“ подразумевају се пацијенти који су третитани са (једним или више поступака) и то : имобилизација, хемостаза, отварање континуиране венске линије, надокнада волумена, адекватна аналгезија и оксигенотерапија.

Колона 7: Број пацијената са акутним коронарним синдромом. Уписати број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома на терену и амбуланти у току дана за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом „акутни коронарни синдром“ подразумевају се дијагнозе: акутни коронарни синдром, акутни инфаркт миокарда са СТ елевацијом, акутни инфаркт миокарда без СТ елевације и нестабилна ангина пекторис.

Колона 8: Број пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен венски пут, дат морфијум или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина. Уписати број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома којима је дат морфијум или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ом облику и ацетилсалицилна киселина на терену и амбуланти у току дана за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом „акутни коронарни синдром“ подразумевају се дијагнозе: акутни коронарни синдром, акутни инфаркт миокарда са СТ елевацијом, акутни инфаркт миокарда без СТ елевације и нестабилна ангина пекторис.

Напомена 3: Уколико установа не поседује горе наведене лекове или постоје контраиндукације за давање ових лекова прихватљива је употреба других еквивалентних лекова.

Колона 9: Број пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и транспортовани у најближу установу због примарне коронарне интервенције. Уписати број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан -

нискомолекуларни хепарин и који су транспортовани у најближу установу због примарне коронарне интервенцијеи на терену и амбуланти у току дана за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Под појмом „акутни коронарни синдром“ подразумевају се дијагнозе: акутни коронарни синдром, акутни инфаркт миокарда са СТ елевацијом, акутни инфаркт миокарда без СТ елевације и нестабилна ангина пекторис.

Напомена 3: Уколико установа не поседује горе наведене лекове или постоје контраиндукације за давање ових лекова прихватљива је употреба других еквивалентних лекова.

Колона 10: Број пацијената са акутним инфарктом са СТ елевацијом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза. Уписати број пацијената са постављеном дијагнозом акутног инфаркта миокарда са СТ елевацијом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза на терену и амбуланти у току дана за одређени дан (датум).

Напомена 1: Временски период од једног дана је период од 00^{00} до 24^{00}

Напомена 2: Уколико установа не поседује горе наведене лекове или постоје контраиндукације за давање ових лекова прихватљива је употреба других еквивалентних лекова.

<u>РЕД УКУПНО</u>

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Шеф оперативне смене, за коју је наведена евиденција вођена, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране шефа оперативне смене.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА ЗБРИНУТИМ НА ТЕРЕНУ, АМБУЛАНТИ, ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА ТЕШКОМ ТРАУМОМ И ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА АКУТНИМ КОРАНОРНИМ СИНДРОМ ЗА _____20__.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____
Оперативна смена _____

Датум	Број пацијената збринутих на терену	Број пацијената збринутих у амбуланти	Број пацијената самостално решених на терену	Број пацијената самостално решених у амбуланти	Број пацијената на терену са тешком траумом	Број пацијената са тешком траумом којима је урађен индиковани медицински третман	Број пацијената са акутним коронарним синдромом (АКС)	Број пацијената са АКС којима је отворен венски пут, дат морфијум, или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерин - у било ком облику и ацетилсалицина киселина	Број пацијената са АКС којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицеринау било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и који су транспортовани у најближу установу због примарне коронарне интервенције	Број пацијената са АКС са СТ елевацијом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
Укупно										

Извештај урадио/ла_____ Шеф оперативне смене _____ Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 8

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА ЗБРИНУТИХ НА ТЕРЕНУ, АМБУЛАНТИ, ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА ТЕШКОМ ТРАУМОМ И ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА АКУТНИМ КОРАНОРНИМ СИНДРОМОМ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Оперативна смена. Уписати број оперативне смене.

Колина 1: Број пацијената збринутих на терену. Уписати укупан број пацијената збринутих на терену за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 7 за сваку оперативну смену – колона 1 свих дневних евиденција).

Колона 2: Број пацијената збринутих у амбуланти. Уписати укупан број пацијената збринутих у амбуланти хитне медицинске помоћи за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 7 за сваку оперативну смену – колона 2 свих дневних евиденција).

Колона 3: Број пацијената самостално решаних на терену. Уписати укупан број пацијената самостално решених на терену за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 7 за сваку оперативну смену – колона 3 свих дневних евиденција).

Колона 4: Број пацијената самостално решаних у амбуланти. Уписати укупан број пацијената самостално решених.у амбуланти хитне медицинске помоћи за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 7 за сваку оперативну смену – колона 4 свих дневних евиденција).

Колона 5: Број пацијената на терену са тешком траумом. Уписати укупан број пацијената на терену са тешком траумом за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 7 за сваку оперативну смену – колона 5 свих дневних евиденција).

Колона 6: Број пацијената са тешком траумом којима је урађен индикован медицински третман. Уписати укупан број пацијената на терену са тешком трумом којима је урађен индикован медицински третман за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 7 за сваку оперативну смену – колона 6 свих дневних евиденција).

Колона 7: Број пацијената са акутним коронарним синдромом. Уписати укупан број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома на терену и амбуланти за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 7 за сваку оперативну смену – колона 7 свих дневних евиденција).

Колона 8: Број пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен венски пут, дат морфијум или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина. Уписати укупан број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома којима је отворен венски пут, дат морфијум или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина на терену и амбуланти за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 7 за сваку оперативну смену – колона 8 свих дневних евиденција).

Колона 9: Број пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и транспортовани у најближу установу због примарне коронарне интервенције. Уписати укупан број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и транспортовани у најближу установу због примарне коронарне интервенције на терену и амбуланти за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 7 за сваку оперативну смену – колона 9 свих дневних евиденција).

Колона10: Број пацијената са акутним инфарктом са СТ елевацијом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза. Уписати укупан број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза на терену и амбуланти за месец дана, по оперативној смени (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 7 за сваку оперативну смену – колона 10 свих дневних евиденција).

<u>РЕД УКУПНО</u>

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Шеф оперативне смене, за коју је наведена евиденција вођена, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране шефа оперативне смене.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА ЗБРИНУТИХ НА ТЕРЕНУ, АМБУЛАНТИ, ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА ТЕШКОМ ТРАУМОМ И ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА АКУТНИМ КОРАНОРНИМ СИНДРОМОМ ЗА _____20__.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Оперативна смена	Број пацијената збринутих на терену	Број пацијената збринутих у амбуланти	Број пацијената самостално решених на терену	Број пацијената самостално решених у амбуланти	Број пацијената на терену са тешком траумом	Број пацијената са тешком траумом којима је урађен индиковани медицински третман	Број пацијената са акутним коронарним синдромом (АКС)	Број пацијената са АКС којима је отворен венски пут, дат морфијум, или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерин - у било ком облику и ацетилсалицина киселина	Број пацијената са АКС којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицеринау било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и који су транспортовани у најближу установу због примарне коронарне интервенције	Број пацијената са АКС са СТ елевацијом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Укупно										

Извештај урадио/ла_____ Шеф оперативне смене _____ Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 9

(ИЗВЕШТАЈ О ПАЦИЈЕНТИМА ЗБРИНУТИМ НА ТЕРЕНУ, АМБУЛАНТИ И ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА ТЕШКОМ ТРАУМОМ)

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број пацијената збринутих на терену. Уписати укупан број пацијената збринутих на терену за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 8 за одређене месеце у току извештајног периода – колона 1 свих месечних извештаја).

Колона 2: Број пацијената збринутих у амбуланти. Уписати укупан број пацијената збринутих у амбуланти хитне медицинске помоћи за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 8 за одређене месеце у току извештајног периода – колона 2 свих месечних извештаја).

Колона 3: Број пацијената самостално решених на терену. Уписати укупан број пацијената самостално решених на терену за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 8 за одређене месеце у току извештајног периода – колона 3 свих месечних извештаја).

Колона 4: Број пацијената самостално решаних у амбуланти. Уписати укупан број пацијената самостално решених у амбуланти хитне медицинске помоћи за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 8 за одређене месеце у току извештајног периода – колона 4 свих месечних извештаја).

Колона 5: Број пацијената на терену са тешком траумом. Уписати укупан број пацијената на терену са тешком траумом за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 8 за одређене месеце у току извештајног периода – колона 5 свих месечних извештаја).

Колона 6: Број пацијената са тешком траумом којима је урађен индикован медиински третман. Уписати укупан број пацијената на терену са тешком траумом којима је урађен индикован медицински третман за установу у целину (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 8 за одређене месеце у току извештајног периода – колона 6 свих месечних извештаја).

Колона 7: Проценат самостално решених случајева на терену. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.
Показатељ се израчунава када се укупан број самостално решених случајева на терену (колона 3 обрасца 9) подели са укупним бројем пацијената збринутих на терену (колона 1) и помножи са 100.

Колона 8: Проценат самостално решених случајева амбуланти. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.

Показатељ се израчунава када се број самостално решених случајева у амбуланти (колона 4) подели са укупним бројем пацијената збринутих у амбуланти (колона 2) и помножи са 100.

Колона 9: Проценат индикованог медицинског третмана код пацијената са тешком траумом. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.

Показатељ се израчунава када се укупан број пацијената са тешком траумом којима је урађен индиковани медицински третман (колона 6) подели са укупним бројем пацијената са тешком траумом (колона 5) и помножи са 100.

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПРОЦЕНТУ ПАЦИЈЕНАТА ЗБРИНУТИХ НА ТЕРЕНУ, АМБУЛАНТИ, ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА ТЕШКОМ ТРАУМОМ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број пацијената збринутих на терену	Број пацијената збринутих у амбуланти	Број пацијената самостално решених на терену	Број пацијената самостално решених у амбуланти	Број пацијената на терену са тешком траумом	Бр. пацијената са тешком траумом којима је урађен индиковани мед. третман	**Проценат самостално решених случајева на терену**	**Проценат самостално решених случајева у амбуланти**	**Проценат индикованог мед. третмана код пацијената са тешком траумом**
1	2	3	4	5	6	**7**	**8**	**9**

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 10

ИЗВЕШТАЈ О ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА АКУТНИМ КОРАНОРНИМ СИНДРОМОМ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број пацијената са акутним коронарним синдромом. Уписати број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома на терену и амбуланти за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 8 за одређене месеце у току извештајног периода - колона 7 свих месечних евиденција).

Колона 2: Број пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен венски пут, дат морфијум или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина. Уписати број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома којима је дат морфијум или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицилна киселина на терену и амбуланти за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 8 за одређене месецеу току извештајног периода – колона 8 свих месечних евиденција).

Колона 3: Број пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и који су транспортовани у најближу установу због примарне коронарне интервенције. Уписати укупан број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и који су транспортовани у најближу установу због примарне коронарне интервенције на терену и амбуланти за установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 8 за одређене месецеу току извештајног периода – колона 9 свих месечних евиденција).

Колона 4: Број пацијената са акутним инфарктом са СТ елевацијом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза. Уписати укупан број пацијената са постављеном дијагнозом акутног коронарног синдрома којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза на терену и амбуланти за дату установу у целини (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 8 за одређене месецеу току извештајног периода – колона 10 свих месечних евиденција*).*

Колона 5: Проценат пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен интравенски пут, дат морфијум или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.

Показатељ се израчунава када се укупан број пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен интравенски пут, дат морфијум или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерина и ацетилсалицина киселина (колона 2) подели са укупним бројем пацијената са акутним коронарним синдромом (колона 1) и помножи са 100.

Колона 6: Проценат пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и транспортовани су у најближу установу због примарне коронарне интервенције. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.

Показатељ се израчунава када се укупан број пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и транспортовани су у најближу установу због примарне коронарне интервенције (колона 3) подели са укупним бројем пацијената са акутним коронарним синдромом (колона 1) и помножи са 100.

Колона 7: Проценат пацијената са акутним инфарктом миокарда са СТ елевацијом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.

Показатељ се израчунава када се укупан број пацијената са акутним инфарктом миокарда са СТ елевацијом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза (колона 4) подели са укупним бројем пацијената са акутним коронарним синдромом (колона 1) и помножи са 100.

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА АКУТНИМ КОРАНОРНИМ СИНДРОМОМ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број пацијената са акутним коронарним синдромом (АКС)	Број пацијената са АКС којима је отворен венски пут, дат морфијум, или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерин - у било ком облику и ацетилсалицина киселина	Број пацијената са АКС којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицеринау било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и који су транспортовани у најближу установу због примарне коронарне интервенције	Број пацијената са АИМ са СТ елевацијом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза	**Проценат пацијената са АКС којима је отворен интравенски пут, дат морфијум или аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина**	**Проценат пацијената са АКС којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и транспортовани су у најближу установу због примарне коронарне интервенције**	**Проценат пацијената са АИМ са СТ елевацијом којима је отворен венски пут, дат морфијум, кисеоник, препарат нитроглицерина у било ком облику и ацетилсалицина киселина, клопидогрел, клексан - нискомолекуларни хепарин и започета или дата прехоспитална тромболиза**
1	2	3	4	5	6	7

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 11

ИЗВЕШТАЈ О ПОСТОЈАЊУ ПЛАНА РЕАГОВАЊА У ВАНРЕДНИМ СИТУАЦИЈАМА У ПИСАНОЈ ФОРМИ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Односи се на назив плана.

Колона 1: Уколико здравствена установа има дефинисан и успостављен план реаговања у ванредним ситуацијама у писаној форми у ову колону уписује се ДА. Уколико здравствена установа нема дефинисан и успостављен план реаговања у ванредним ситуацијама у писаној форми у ову колону уписује се НЕ.

НАПОМЕНА: Уколико здравствена установа има дефинисан и успостављен план реаговања у ванредним ситуацијама у писаној форми, након једногодишњег периода приликом достављања окружном институту/заводу за јавно здравље, поред предвиђених образаца 3, 6, 9, 10 и 11, треба да се достави и писан план реаговања у ванредним ситуацијама.

***

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О ПОСТОЈАЊУ ПЛАНА РЕАГОВАЊА
У ВАНРЕДНИМ СИТУАЦИЈАМА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____

Назив плана / протокола	Постоји
0	1
План реаговања у ванредним ситуацијама	

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум_____**

9. Фармацеутска здравствена делатност – апотека

Показатељи квалитета примарне здравствене заштите из члана 16. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите (»Службени гласник РС«, број 49/10), прате се у установама које спроводе мере примарне здравствене заштите односно фармацеутску здравствену делатност у апотекама.

Подаци потребни за израчунавање показатеља прикупљају се у здравственим установама - апотекама и користе се за састављање извештаја на једногодишњем нивоу.

Подаци се групишу и приказују за све организационе јединице у саставу здравствене установе - апотеке (апотека, огранак апотеке и јединица за издавање готових лекова) и укупно за здравствену установу - апотеку у целини.

Подаци који се уносе у обрасце број 3, 5, 6, 7, 8 и 10 служе за сопствену евиденцију и праћење показатеља квалитета у здравственој установи апотеци. Попуњени обрасци број 1, 2, 4, 9 и 11 се достављају окружном институту/заводу за јавно здравље.

Окружни институт/завод за јавно здравље прослеђује податке Институту за јавно здравље Србије «Др Милан Јовановић – Батут», који све податке везане за показатеље квалитета рада у области фармацеутске здравствене делатности – апотеке, доставља у извештајној форми Фармацеутском факултету Универзитета у Београду, Катедри за социјалну фармацију и фармацеутско законодавство.

Катедра за социјалну фармацију и фармацеутско законодавство, Фармацеутског факултета Универзитета у Београду, врши логичку контролу достављених података и о евентуалним изменама обавештава Институт за јавно здравље Србије, како би оне биле унете у базу података, а потом сачињава анализу и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

РАСХОД ЛЕКОВА И МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА

На предвиђену линију у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе - апотеке. Уписати тачан назив здравствене установе - апотеке.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив организационе јединице. Уписати назив организационе јединице у саставу здравствене установе - апотеке.

Колона 2: Набавна вредност расходованих лекова и медицинских средстава. Уписати збирну набавну вредност свих расходованих лекова и медицинских средстава услед истека рока употребе у току године о којој се извештава. Вредност исказати у у хиљадама динара.

Колона 3: Укупна набавна вредност свих лекова и медицинских средстава. Уписати укупну набавну вредност свих лекова и медицинских средстава у току године о којој се извештава. Вредност исказати у у хиљадама динара.

Колона 4: Проценат расхода лекова и медицинских средстава услед истека рока употребе. Уписати израчунати показатељ. *Израчунава се као набавна вредност расходованих лекова и медицинских средстава услед истека рока употребе* (*колона 2) подељена са укупном набавном вредношћу свих лекова и медицинских средстава (колона 3) и помножена са 100.*

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и 3. У поље које се односи на проценат расхода лекова и медицинских средстава услед истека рока употребе (колона 4) уписати израчунати показатељ за ниво здравствене установе - апотеке у целини.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово/њено пуно име и презиме.

Директор здравствене установе-апотеке на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

РАСХОД ЛЕКОВА И МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Набавна вредност расходованих лекова и медицинских средстава	Укупна набавна вредност свих лекова и медицинских средстава	Проценат расхода лекова и медицинских средстава услед истека рока употребе
0	1	2	3	4
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА				

Назив показатеља: Проценат расхода лекова и медицинских средстава услед истека рока употребе у односу на укупну набавну вредност лекова и медицинских средстава.
Израчунавање: Израчунава се као набавна вредност лекова и медицинских средстава расходованих услед истека рока употребе подељена са укупном набавном вредношћу лекова и медицинских средстава и помножена са 100.

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

ОСПОРЕНИ РЕЦЕПТИ УСЛЕД ГРЕШКЕ АПОТЕКЕ

На предвиђену линију у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе - апотеке. Уписати тачан назив здравствене установе - апотеке.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив организационе јединице. Уписати назив организационе јединице у саставу здравствене установе - апотеке.

Колона 2: Број оспорених рецепата при наплати од РЗЗО услед грешке апотеке. Уписати број оспорених рецепата при наплати од РЗЗО услед грешке апотеке (узети у обзир разлоге неисправности/оспорења на основу легенде о разлозима неисправности рецепата и то: датум издавања лека, провера ЛБО фармацеута, шифра издатог лека, период између прописивања и издавања лека, цена издатог лека, количина издатог лека, датум издавања лека ван периода фактурисања).

Колона 3: Укупан број реализованих рецепата. Уписати укупан број реализованих рецепата - прописаних за лекове који су на Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци.

Колона 4: Проценат оспорених рецепата при наплати од РЗЗО услед грешке апотеке. Уписати израчунати показатељ. *Израчунава се као број оспорених рецепата при наплати од РЗЗО услед грешке апотеке (колона 2) подељен са укупним бројем реализованих рецепата (колона 3) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и 3. У поље које се односи на проценат оспорених рецепата при наплати од РЗЗО услед грешке апотеке (колона 4) уписати израчунати показатељ за ниво здравствене установе - апотеке у целини.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово/њено пуно име и презиме.

Директор здравствене установе-апотеке на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

ОСПОРЕНИ РЕЦЕПТИ УСЛЕД ГРЕШКЕ АПОТЕКЕ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број оспорених рецепата при наплати од РЗЗО услед грешке апотеке	Укупан број реализованих рецепата*	Проценат оспорених рецепата при наплати од РЗЗО услед грешке апотеке
0	1	2	3	4
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА				

*Укупан број реализованих рецепата - прописаних за лекове који су на Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци.

Назив показатеља: Проценат оспорених рецепата при наплати од Републичког завода за здравствено осигурање услед грешке апотеке у односу на укупан број реализованих рецепата апотеке.
Израчунавање: Израчунава се као број оспорених рецепата при наплати од РЗЗО услед грешке апотеке подељен са укупним бројем реализованих рецепата и помножен са 100.

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ Датум_____

ЕВИДЕНЦИЈА О ИНТЕРВЕНЦИЈАМА ФАРМАЦЕУТА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Назив организационе јединице _____

Ред. бр.	Датум	Име и презиме пацијента	Опис проблема	Опис интервенције	Име и презиме дипл.фарм./ маг.фарм.
0	1	2	3	4	5
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Под интервенцијом фармацеута се подразумева интервенција која се односила на правилност дозирања, дуплирану терапију фармаколошки сличним лековима, интеракције лекова, индикације и контраиндикације. У оквиру описа проблема уписује се идентификован проблем на рецепту везан за датог пацијента. У опису интервенције уписује се конкретна активност која је предузета од стране фармацеута у циљу решавања идентификованог проблема.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

РЕЦЕПТИ СА ИНТЕРВЕНЦИЈОМ ФАРМАЦЕУТА

На предвиђену линију у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе - апотеке. Уписати тачан назив здравствене установе - апотеке.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив организационе јединице. Уписати назив организационе јединице у саставу здравствене установе - апотеке.

Колона 2: Број рецепата са интервенцијом фармацеута. Уписати број рецепата са интервенцијом фармацеута која се односила на правилност дозирања, дуплирану терапију фармаколошки сличним лековима, интеракције лекова, индикације и контраиндикације, на основу евиденције о интервенцијама фармацеута (образац 3).

Колона 3: Укупан број рецепата. Уписати укупан број рецепата - збир свих рецепата: броја рецепата прописаних за лекове који су на Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци, затим броја рецепата прописаних за лекове од стране приватне праксе и издатих у апотеци, као и и број прописаних рецепата за лекове који нису на Листи лекова који се прописују и издају на терет обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци.

Колона 4: Проценат рецепата са интервенцијом фармацеута у односу на укупан број рецепата. Уписати израчунати показатељ. *Израчунава се као број рецепата код којих је постојала интервенција фармацеута (колона 2) подељен са укупним бројем рецепата (колона 3) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и 3. У поље које се односи на проценат рецепата са интервенцијом фармацеута у односу на укупан број рецепата (колона 4) уписати израчунати показатељ за ниво здравствене установе - апотеке у целини.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово/њено пуно име и презиме.

Директор здравствене установе-апотеке на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

РЕЦЕПТИ СА ИНТЕРВЕНЦИЈОМ ФАРМАЦЕУТА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број рецепата са интервенцијом фармацеута*	Укупан број рецепата**	Проценат рецепата са интервенцијом фармацеута у односу на укупан број рецепата
0	1	2	3	4
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА				

*Број рецепата са интервенцијом фармацеута - на основу евиденције о интервенцијама фармацеута (образац 3)
**Укупан број рецепата - збир свих рецепата: броја рецепата прописаних за лекове који су на Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци, затим броја рецепата прописаних за лекове од стране приватне праксе и издатих у апотеци, као и и број прописаних рецепата за лекове који нису на Листи лекова који се прописују и издају на терет обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци.

Назив показатеља: Проценат рецепата са интервенцијом фармацеута у односу на укупан број рецепата.
Израчунавање: Израчунава се као број рецепата код којих је постојала интервенција фармацеута која се односила на правилност дозирања, дуплирану терапију фармаколошки сличним лековима, интеракције лекова, индикације и контраиндикације, подељен са укупним бројем издатих рецепата и помножен са 100.

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ Датум_____

БРОЈ РЕЦЕПАТА РЕЦЕПАТА ЗА ЛЕКОВЕ КОЈИ СУ НА ЛИСТИ ПО ФАРМАЦЕУТУ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив показатеља: Просечан број рецепата по фармацеуту.
Израчунавање: Израчунава се као укупан број рецепата прописаних за лекове који су на Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци, подељен са укупним бројем фармацеута у апотеци.

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број фармацеута	Број рецепата	Број рецепата по фармацеуту
0	1	2	3	4
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА				

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

БРОЈ РЕЦЕПАТА ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ И РЕЦЕПАТА ЗА ЛЕКОВЕ КОЈИ НИСУ НА ЛИСТИ ПО ФАРМАЦЕУТУ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив показатеља: Просечан број рецепата прописаних од стране приватне праксе, а издатих у апотеци, и број издатих рецепата за лекове који нису на «Листи лекова који се прописују и издају на терет обавезног здравственог осигурања», по фармацеуту
Израчунавање: Израчунава се као збир укупног броја рецепата прописаних за лекове од стране приватне праксе и издатих у апотеци, и укупног броја прописаних и издатих рецепата за лекове који нису на Листи лекова који се прописују и издају на терет обавезног здравственог осигурања, подељен са укупним бројем фармацеута у апотеци

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број фармацеута	Број рецепата приватне праксе и рецепата за лекове који нису на Листи	Број рецепата приватне праксе и рецепата за лекове који нису на Листи по фармацеуту
0	1	2	3	4
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА				

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

БРОЈ НАЛОГА ЗА МЕДИЦИНСКА СРЕДСТВА ПО ФАРМАЦЕУТУ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив показатеља: Просечан број налога за медицинска средства по фармацеуту.
Израчунавање: Израчунава се као укупан број налога за медицинска средства, која се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања, подељен са укупним бројем фармацеута у апотеци.

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број фармацеута	Број налога за медицинска средства	Број налога за медицинска средства по фармацеуту
0	1	2	3	4
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА				

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

БРОЈ МАГИСТРАЛНИХ ЛЕКОВА ПО ФАРМАЦЕУТУ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив показатеља: Просечан број магистралних лекова по фармацеуту.
Израчунавање: Израчунава се као укупан број израђених магистралних лекова у апотеци (по индивидуалној или официналној рецептури за пацијента), подељен са укупним бројем фармацеута у апотеци.

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број фармацеута	Број магистралних лекова	Број магистралних лекова по фармацеуту
0	1	2	3	4
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА				

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 9

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОМ БРОЈУ РЕЦЕПАТА ПО ФАРМАЦЕУТУ, БРОЈУ РЕЦЕПАТА ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ И РЕЦЕПАТА ЗА ЛЕКОВЕ КОЈИ НИСУ НА ЛИСТИ ПО ФАРМАЦЕУТУ, БРОЈУ НАЛОГА ЗА МЕДИЦИНСКА СРЕДСТВА ПО ФАРМАЦЕУТУ И БРОЈУ МАГИСТРАЛНИХ ЛЕКОВА ПО ФАРМАЦЕУТУ

На предвиђену линију у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе - апотеке. Уписати тачан назив здравствене установе - апотеке.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив организационе јединице. Уписати назив организационе јединице у саставу здравствене установе - апотеке.

Колона 2: Број фармацеута. Уписати еквивалент пуног радног времена (FTE) фармацеута за одређену организациону јединице у саставу здравствене установе - апотеке у наведеној години.

Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолшког упутства.

Колона 3: Број рецепата - укупно. Уписати укупан број рецепата прописаних за лекове који су на Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци, за наведену годину.

Колона 4: Број рецепата - по фармацеуту. Уписати израчунати показатељ. *Израчунава се као број рецепата прописаних за лекове који су на Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци (колона 3) подељен са бројем фармацеута (колона 2).*

Колона 5: Број рецепата приватне праксе и рецепата за лекове који нису на Листи - укупно. Уписати збир укупног броја рецепата прописаних за лекове од стране приватне праксе и издатих у апотеци, и укупног броја прописаних и издатих рецепата за лекове који нису на Листи лекова који се прописују и издају на терет обавезног здравственог осигурања, за наведену годину.

Колона 6: Број рецепата приватне праксе и рецепата за лекове који нису на Листи - по фармацеуту. Уписати израчунати показатељ. *Израчунава се као збир укупног броја рецепата прописаних за лекове од стране приватне праксе и издатих у апотеци, и укупног броја прописаних и издатих рецепата за лекове који нису на Листи лекова који се прописују и издају на терет обавезног здравственог осигурања (колона 5) подељен са бројем фармацеута (колона 2).*

Колона 7: Број налога за медицинска средства - укупно. Уписати укупан број издатих налога за медицинска средства, која се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања, за наведену годину.

Колона 8: Број налога за медицинска средства - по фармацеуту. Уписати израчунати показатељ. *Израчунава се као укупан број налога за медицинска средства, која се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања (колона 7) подељен са бројем фармацеута (колона 2).*

Колона 9: Број магистралних лекова - укупно. Уписати укупан број израђених магистралних лекова у апотеци (по индивидуалној или официналној рецептури за пацијента), за наведену годину.

Колона 10: Број магистралних лекова - по фармацеуту. Уписати израчунати показатељ. *Израчунава се као укупан број израђених магистралних лекова у апотеци, по индивидуалној или официналној рецептури за пацијента (колона 9) подељен са бројем фармацеута (колона 2).*

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2, 3, 5, 7 и 9. У поље које се односи на показатеље (колоне 4, 6, 8 и 10) уписати израчунате показатеље за ниво здравствене установе - апотеке у целини.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово/њено пуно име и презиме.

Директор здравствене установе-апотеке на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____*

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОМ БРОЈУ РЕЦЕПАТА ПО ФАРМАЦЕУТУ, БРОЈУ РЕЦЕПАТА ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ И РЕЦЕПАТА ЗА ЛЕКОВЕ КОЈИ НИСУ НА ЛИСТИ ПО ФАРМАЦЕУТУ, БРОЈУ НАЛОГА ЗА МЕДИЦИНСКА СРЕДСТВА ПО ФАРМАЦЕУТУ И БРОЈУ МАГИСТРАЛНИХ ЛЕКОВА ПО ФАРМАЦЕУТУ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке **_____**

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број фармацеута	**Број рецепата**		**Број рецепата приватне праксе и рецепата за лекове који нису на Листи**		**Број налога за медицинска средства**		**Број магистралних лекова**	
			укупно	**по фармацеуту**	укупно	**по фармацеуту**	укупно	**по фармацеуту**	укупно	**по фармацеуту**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА										

Извештај урадио/ла _____ **ДИРЕКТОР** **_____** **Датум_____**

ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ ИЗРАЂЕНИХ ГАЛЕНСКИХ ЛЕКОВА У ГАЛЕНСКОЈ ЛАБОРАТОРИЈИ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Назив галенске лабораторије _____

Ред. бр.	Назив галенског лека	Број паковања галенских лекова
0	1	2
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
УКУПНО за ГАЛЕНСКУ ЛАБОРАТОРИЈУ		

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 11

УКУПАН БРОЈ ГАЛЕНСКИХ ЛЕКОВА

На предвиђену линију у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе - апотеке. Уписати тачан назив здравствене установе - апотеке.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив организационе јединице. Уписати назив организационе јединице, галенске лабораторије, у саставу здравствене установе - апотеке.

Колона 2: Број паковања галенских лекова. Уписати укупни број паковања свих врста галенских лекова израђених у галенској лабораторији апотеке.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и уписати укупан број паковања галенских лекова за ниво здравствене установе - апотеке у целини.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово/њено пуно име и презиме.

Директор здравствене установе-апотеке на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

УКУПАН БРОЈ ГАЛЕНСКИХ ЛЕКОВА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице – галенске лабораторије	Број паковања галенских лекова
0	1	2
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА		

Назив показатеља: Број паковања галенских лекова израђених у галенској лабораторији апотеке.
Израчунавање: Извештава се као укупни број паковања свих врста галенских лекова - израђених у галенској лабораторији апотеке.

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

III СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНЕ СЛУЖБЕ

1) Прегледи (**који нису хитни**) се заказују на основу упута изабраног лекара на коме он уписује, уз упутну дијагнозу, и своје мишљење у ком року би тај пацијент требао бити прегледан (не дужи од 30 дана). Прегледи се такође, заказују и прегледаним пацијентима којима је одређена контрола код истог специјалисте, поштујући време препоручено за контролни преглед.

Заказивање врши медицинска сестра/техничар на шалтеру за сваког лекара посебно (у посебни протокол), према сугестији изабраног лекара и према времену јављања пацијента. Поред имена и презимена, медицинска сестра- техничар у протокол уписује и контакт телефон пацијента. Ако је потребно, приликом заказивања, медицинска сестра/техничар може консултовати лекара код кога се заказује преглед. **Први преглед** код лекара специјалисте се заказује на рок не дужи од 30 дана.

Уколико је пацијент спречен да дође на преглед у заказано време дужан је да о томе обавести (телефоном или лично) медицинску сестру-техничара који му је заказао преглед, а најкасније два дана пре заказаног прегледа. У том случају преглед му се заказује за први слободан термин.

Уколико је од момента заказивања у здравственој установи дошло до промене околности па је потребно пацијенту променити термин прегледа, пацијент се обавештава о томе телефоном. Нови термин специјалистичко-консултативног прегледа биће заказан у року не дужем од месец дана од момента отказивања прегледа. Здравствена установа може отказати заказани преглед највише два пута.

Потребно је да пацијенти буду прегледани у року од 30 минута од заказаног термина. Ако је пацијент принуђен да на преглед чека дуже од 30 минута здравствени радник је у обавези да му објасни разлоге за дуже чекање на заказани преглед. Здравствена установа је у обавези да најмање 90% пацијената, којима је заказан специјалистичко-консултативни преглед, прегледа у року од 30 минута од заказаног термина, с тим да ни један пацијент не би требало да чека дуже од једног сата на заказани преглед.

Свака служба у здравственој установи, у складу са кадровским и просторним могућностима, обезбедиће најмање три сата рада одговарајуће специјалистичко-консултативне службе у поподневним часовима.

2) Показатељи квалитета прате се у специјалистичко-консултативним службама, без обзира на ниво здравствене заштите.

Подаци потребни за израчунавање обавезних показатеља квалитета прикупљају се дневно за сваку појединачну специјалистичку амбуланту.

Окружним заводима за јавно здравље достављају се подаци за специјалистичко-консултативну делатност према Правилнику о условима и начину унутрашње организације здравствених установа („Службени гласник РС“, број 43/06), тј. за установе на примарном нивоу за: интерну медицину, пнеумофтизиологију, офталмологију, оториноларингологију и психијатрију, а за установе на секундарном и терцијарном нивоу према медицинским гранама: интернистичке, хируршке, педијатријске и гинеколошке амбуланте и психијатрију.

Дневну евиденцију о квалитету рада специјалистичких амбуланти води медицинска сестра-техничар (Образац 1). Извор података су протоколи за заказивање прегледа и дневна евиденција о посетама и раду специјалистичке амбуланте.

На крају месеца, подаци потребни за израчунавање показатеља квалитета за сваку појединачну специјалистичку амбуланту/службу се сумирају и као такви уносе у образац за месечни извештај на нивоу службе/одељења/одсека (Образац 2а и/или Образац 3а) за здравствену установу.

Након једногодишњег периода израчунавањем показатеља, за сваку службу појединачно, формира се извештај, а попуњени обрасци (**Образац 2б и/или Образац 3б**) достављају окружном институту/заводу за јавно здравље.

Напомена: Показатељ Просечна дужина чекања на заказани преглед, од првог јављања пацијента специјалистичко-консултативној служби до времена заказивања прегледа односи се искључиво на **прве прегледе** пацијената.

У службама које не врше заказивање првих и/или контролних прегледа, у табеларном приказу треба да прикажу број прегледа, првих и осталих, а као дужину чекања уписују **0 дана**. Такође, у овим службама се као број дана када је могуће заказати преглед наводи број радних дана амбуланте месечно.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ЗАКАЗАНИМ ПРВИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА

Евиденција се води на нивоу сваке специјалистичке амбуланте.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.
Назив специјалистичке амбуланте. Уписати тачан назив специјалистичке амбуланте.

Колона 0: Датум. Означава датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: Укупан број прегледа. Уписати укупан број свих прегледа (хитних, незаказаних и заказаних првих и контролних прегледа) по упуту изабраног лекара.

Колона 2: Укупан број првих прегледа. Уписати укупан број првих прегледа (хитних, незаказаних и заказаних **првих прегледа**) по упуту изабраног лекара.

Колона 3: Број пацијената који су имали заказан први преглед. Уписати број пацијената који су имали **заказан** први преглед по упуту изабраног лекара.

Колона 4: Укупна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати укупну дужину чекања **(у данима**) на први преглед свих пацијената који су тог дана имали **заказан први** преглед по упуту изабраног лекара. (Податак се добија сумирањем дана чекања од времена заказивања до првог прегледа сваког појединачног пацијента – користити Протокол за заказивање прегледа).

Колона 5: Укупан број заказаних прегледа. Уписати број пацијената који су имали **заказан** (први или контролни) преглед по упуту изабраног лекара.

Колона 6: Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати број пацијената који су примљени у назначеном термину.

Напомена: Податак се добија из извештаја/налаза лекара специјалисте на коме је уписано време пријема пацијента и протокола за заказивање прегледа.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и уписати у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник специјалистичко-консултативне службе потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ЗАКАЗАНИМ ПРВИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА ЗА _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа _____

НАЗИВ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКЕ АМБУЛАНТЕ _____

Датум	Укупан број прегледа	Укупан број првих прегледа	Број пацијената који су имали заказан први преглед	Укупна дужина чекања на заказан први преглед (у данима)	Укупан број заказаних прегледа	Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина
0	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Укупно						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3а

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ЗАКАЗАНИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА СЕКУНДАРНОМ И ТЕРЦИЈАРНОМ НИВОУ

Евиденција се води за службу специјалистичко-консултативне делатности и служи за прикупљање података на нивоу здравствене установе.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Медицинска грана. Назив медицинске гране по следећем принципу за здравствене установе на секундарном нивоу:

- **хирургија** (општа хирургија, ортопедија са трауматологијом, урологија, оториноларингологија и офталмологија)
- **интерна медицина** (интерна медицина, пнеумофтизиологија, неурологија, инфективне и кожне болести)
- **педијатрија**
- **гинекологија и акушерство**
- **психијатрија**

Здравствене установе које обављају здравствену делатност на терцијарном нивоу уносе податке појединачних (суб)специјалистичко-консултативних амбуланти у одговарајућу медицинску грану.

Колона 2. Укупан број прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупан број свих прегледа за одређени месец **из реда укупно - колона 1 обрасца 1** збирно за све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

Колона 3. Укупан број првих прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупан број свих првих прегледа за одређени месец **из реда укупно - колона 2 обрасца 1** збирно за све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

Колона 4: Број пацијената који су имали заказан први преглед. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупан број свих пацијената који су имали заказан први преглед за одређени месец **из реда укупно - колона 3 обрасца 1** збирно за све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

Колона 5: Укупна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати за сваку наведену медицинску грану збир дужина чекања свих пацијената на заказан први преглед **из реда укупно - колона 4 обрасца 1** збирно за све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

Колона 6: Укупан број заказаних прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупан број свих заказаних прегледа за одређени месец **из реда укупно - колона 5 обрасца 1** збирно за све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

Колона 7: Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати за сваку наведену медицинску грану збир броја пацијената који су примљени у назначеном термину за одређени месец **из реда укупно - колона 6 обрасца 1** збирно за

све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник специјалистичко-консултативне службе потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ЗАКАЗАНИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА СЕКУНДАРНОМ И ТЕРЦИЈАРНОМ НИВОУ

ЗА _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Редни број	Медицинска грана	Укупан број прегледа	Укупан број првих прегледа	Број пацијената који су имали заказан први преглед	Укупна дужина чекања на заказан први преглед	Укупан број заказаних прегледа	Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина
0	1	2	3	4	5	6	7
1	Хирургија						
2	Интерно						
3	Педијатрија						
4	Гинекологија и акушерство						
5	Психијатрија						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3б

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА КОЈИ СЕ ПРАТЕ У СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ СЛУЖБАМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА СЕКУНДАРНОМ И ТЕРЦИЈАРНОМ НИВОУ

Извештај за ниво целе здравствене установе представља сумарни извештај који се води за специјалистичко-консултативну делатност на годишњем нивоу.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Медицинска грана. Односи се на назив медицинске гране.

Колона 2. Укупан број прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир свих прегледа за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а**).**

Колона 3. Укупан број првих прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир свих првих прегледа за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а).

Колона 4: Број пацијената који су имали заказан први преглед. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир свих пацијената који су имали заказан први преглед за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а).

Колона 5: Укупна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир свих дужина чекања на заказан први преглед за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а).

Колона 6: Укупан број заказаних прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир свих пацијената који су имали заказан преглед за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а).

Колона 7: Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир пацијената који су примљени у назначеном термину за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а).

Колона 8: Просечна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати просечну дужину чекања (у данима) на заказан први преглед у специјалистичко-консултативним амбулантама одређене медицинске гране за наведену годину. *Израчунава се када се укупна дужина чекања на заказан први преглед (колона 5) подели бројем пацијената који су имали заказан први преглед (колона 4).*

Колона 9: Проценат заказаних посета у односу на укупан број посета. Уписати проценат заказаних посета у односу на укупан број посета за специјалистичко–консултативне службе одређене медицинске гране за наведену годину. *Израчунава се када се број пацијената који су*

имали заказан преглед (колона 6) подели са укупним бројем прегледа (колона 2) у истом реду и помножи са 100.

Колона 10: Проценат пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати проценат пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина за одређену специјалистичко–консултативну службу за наведену годину. *Израчунава се када се број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина (колона 7) подели са укупним бројем заказаних прегледа (колона 6) у истом реду и помножи са 100.*

Колона 11: Укупан број сати у недељи када служба ради поподне. Уписати за сваку медицинску грану укупан недељни број сати рада у поподневној смени када је организован поподневни рад службе. **Не сумирати сате уколико више амбуланти исте службе ради у поподневним сатима истог дана! Највећи број који се уписује је 40 и означава да специјалистичко-консултативна служба за наведену медицинску грану сваког радног дана има обезбеђен поподневни рад!**

Колона 12: Број дана у месецу када је омогућено заказивање специјалистичко-консултативног прегледа. Уписати за сваку медицинску грану број дана у месецу када је омогућено заказивање специјалистичко-консултативних прегледа. **Не сумирати дане уколико више амбуланти исте службе врши заказивање специјалистичко-консултативних прегледа истог дана или се заказивање врши у обе смене! Највећи број који се уписује је 22 и означава да специјалистичко-консултативна служба за наведену медицинску грану сваког радног дана има обезбеђено заказивање специјалистичко-консултативних прегледа!**

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА КОЈИ СЕ ПРАТЕ У СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ СЛУЖБАМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА СЕКУНДАРНОМ И ТЕРЦИЈАРНОМ НИВОУ ЗА_____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р.бр.	Медицинска грана	Укупан број прегледа	Укупан број првих прегледа	Број пацијената који су имали заказан први преглед	Укупна дужина чекања на заказан први преглед	Укупан број заказаних прегледа	Број пацијената који су прегледани у року од 30 минута од времена заказаног термина	**Просечна дужина чекања на заказан први преглед**	**Проценат заказаних посета у односу на укупан број посета**	**Проценат пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина**	**Укупан број сати у недељи када служба ради поподне**	**Број дана у месецу када је омогућено заказивање спец.-конс. прегледа**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Хирургија											
2	Интерно											
3	Педијатрија											
4	Гинекологија и акушерство											
5	Психијатрија											

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

III СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНЕ СЛУЖБЕ

1) Прегледи (**који нису хитни**) се заказују на основу упута изабраног лекара на коме он уписује, уз упутну дијагнозу, и своје мишљење у ком року би тај пацијент требао бити прегледан (не дужи од 30 дана). Прегледи се такође, заказују и прегледаним пацијентима којима је одређена контрола код истог специјалисте, поштујући време препоручено за контролни преглед.

Заказивање врши медицинска сестра/техничар на шалтеру за сваког лекара посебно (у посебни протокол), према сугестији изабраног лекара и према времену јављања пацијента. Поред имена и презимена, медицинска сестра- техничар у протокол уписује и контакт телефон пацијента. Ако је потребно, приликом заказивања, медицинска сестра/техничар може консултовати лекара код кога се заказује преглед. **Први преглед** код лекара специјалисте се заказује на рок не дужи од 30 дана.

Уколико је пацијент спречен да дође на преглед у заказано време дужан је да о томе обавести (телефоном или лично) медицинску сестру-техничара који му је заказао преглед, а најкасније два дана пре заказаног прегледа. У том случају преглед му се заказује за први слободан термин.

Уколико је од момента заказивања у здравственој установи дошло до промене околности па је потребно пацијенту променити термин прегледа, пацијент се обавештава о томе телефоном. Нови термин специјалистичко-консултативног прегледа биће заказан у року не дужем од месец дана од момента отказивања прегледа. Здравствена установа може отказати заказани преглед највише два пута.

Потребно је да пацијенти буду прегледани у року од 30 минута од заказаног термина. Ако је пацијент принуђен да на преглед чека дуже од 30 минута здравствени радник је у обавези да му објасни разлоге за дуже чекање на заказани преглед. Здравствена установа је у обавези да најмање 90% пацијената, којима је заказан специјалистичко-консултативни преглед, прегледа у року од 30 минута од заказаног термина, с тим да ни један пацијент не би требало да чека дуже од једног сата на заказани преглед.

Свака служба у здравственој установи, у складу са кадровским и просторним могућностима, обезбедиће најмање три сата рада одговарајуће специјалистичко-консултативне службе у поподневним часовима.

2) Показатељи квалитета прате се у специјалистичко-консултативним службама, без обзира на ниво здравствене заштите.

Подаци потребни за израчунавање обавезних показатеља квалитета прикупљају се дневно за сваку појединачну специјалистичку амбуланту.

Окружним заводима за јавно здравље достављају се подаци за специјалистичко-консултативну делатност према Правилнику о условима и начину унутрашње организације здравствених установа („Службени гласник РС“, број 43/06), тј. за установе на примарном нивоу за: интерну медицину, пнеумофтизиологију, офталмологију, оториноларингологију и психијатрију, а за установе на секундарном и терцијарном нивоу према медицинским гранама: интернистичке, хируршке, педијатријске и гинеколошке амбуланте и психијатрију.

Дневну евиденцију о квалитету рада специјалистичких амбуланти води медицинска сестра-техничар (Образац 1). Извор података су протоколи за заказивање прегледа и дневна евиденција о посетама и раду специјалистичке амбуланте.

На крају месеца, подаци потребни за израчунавање показатеља квалитета за сваку појединачну специјалистичку амбуланту/службу се сумирају и као такви уносе у образац за месечни извештај на нивоу службе/одељења/одсека (Образац 2а и/или Образац 3а) за здравствену установу.

Након једногодишњег периода израчунавањем показатеља, за сваку службу појединачно, формира се извештај, а попуњени обрасци (**Образац 2б и/или Образац 3б**) достављају окружном институту/заводу за јавно здравље.

Напомена: Показатељ Просечна дужина чекања на заказани преглед, од првог јављања пацијента специјалистичко-консултативној служби до времена заказивања прегледа односи се искључиво на **прве прегледе** пацијената.

У службама које не врше заказивање првих и/или контролних прегледа, у табеларном приказу треба да прикажу број прегледа, првих и осталих, а као дужину чекања уписују **0 дана**. Такође, у овим службама се као број дана када је могуће заказати преглед наводи број радних дана амбуланте месечно.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ЗАКАЗАНИМ ПРВИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА

Евиденција се води на нивоу сваке специјалистичке амбуланте.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.
Назив специјалистичке амбуланте. Уписати тачан назив специјалистичке амбуланте.

Колона 0: Датум. Означава датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: Укупан број прегледа. Уписати укупан број свих прегледа (хитних, незаказаних и заказаних првих и контролних прегледа) по упуту изабраног лекара.

Колона 2: Укупан број првих прегледа. Уписати укупан број првих прегледа (хитних, незаказаних и заказаних **првих прегледа**) по упуту изабраног лекара.

Колона 3: Број пацијената који су имали заказан први преглед. Уписати број пацијената који су имали **заказан** први преглед по упуту изабраног лекара.

Колона 4: Укупна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати укупну дужину чекања **(у данима**) на први преглед свих пацијената који су тог дана имали **заказан први** преглед по упуту изабраног лекара. (Податак се добија сумирањем дана чекања од времена заказивања до првог прегледа сваког појединачног пацијента – користити Протокол за заказивање прегледа).

Колона 5: Укупан број заказаних прегледа. Уписати број пацијената који су имали **заказан** (први или контролни) преглед по упуту изабраног лекара.

Колона 6: Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати број пацијената који су примљени у назначеном термину.

Напомена: Податак се добија из извештаја/налаза лекара специјалисте на коме је уписано време пријема пацијента и протокола за заказивање прегледа.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и уписати у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник специјалистичко-консултативне службе потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ЗАКАЗАНИМ ПРВИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА ЗА _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа _____

НАЗИВ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКЕ АМБУЛАНТЕ _____

Датум	Укупан број прегледа	Укупан број првих прегледа	Број пацијената који су имали заказан први преглед	Укупна дужина чекања на заказан први преглед (у данима)	Укупан број заказаних прегледа	Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина
0	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Укупно						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2а

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ЗАКАЗАНИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА ПРИМАРНОМ НИВОУ

Евиденција се води за службу специјалистичко-консултативне делатности у оквиру примарне здравствене заштите и служи за прикупљање података на нивоу здравствене установе.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив специјалистичке службе. Односи се на назив специјалистичко-консултативне службе у установама које обављају здравствену делатност на примарном нивоу, а према Правилнику о условима и начину унутрашње организације здравствених установа („Службени гласник РС“, број 43/06). Уколико у здравственој установи постоје и друге специјалистичко-консултативне службе ван Правилника (нпр. хирургија, дерматовенерологија и др.) није обавезно пратити њихов рад.

Колона 2. Укупан број прегледа. Уписати за сваку наведену службу укупан број свих прегледа за одређени месец **из реда укупно - колона 1 обрасца 1** збирно за све амбуланте одговарајуће специјалистичке службе.

Колона 3. Укупан број првих прегледа. Уписати за сваку наведену службу укупан број свих првих прегледа за одређени месец **из реда укупно - колона 2 обрасца 1** збирно за све амбуланте одговарајуће специјалистичке службе.

Колона 4: Број пацијената који су имали заказан први преглед. Уписати за сваку наведену службу укупан број свих пацијената који су имали заказан први преглед за одређени месец **из реда укупно - колона 3 обрасца 1** збирно за све амбуланте одговарајуће специјалистичке службе.

Колона 5: Укупна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати за сваку наведену службу збир дужина чекања свих пацијената на заказан први преглед **из реда укупно - колона 4 обрасца 1** збирно за све амбуланте одговарајуће специјалистичке службе.

Колона 6: Укупан број заказаних прегледа. Уписати за сваку наведену службу укупан број свих заказаних прегледа за одређени месец **из реда укупно - колона 5 обрасца 1** збирно за све амбуланте одговарајуће специјалистичке службе.

Колона 7: Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати за сваку наведену службу збир броја пацијената који су примљени у назначеном термину за одређени месец **из реда укупно - колона 6 обрасца 1** збирно за све амбуланте одговарајуће специјалистичке службе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.
Начелник специјалистичко-консултативне службе потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.
На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О
ЗАКАЗАНИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА
У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ
НА ПРИМАРНОМ НИВОУ
ЗА _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Ред. број	Назив специјалистичке службе	Укупан број прегледа	Укупан број првих прегледа	Број пацијената који су имали заказан први преглед	Укупна дужина чекања на заказан први преглед	Укупан број заказаних прегледа	Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина
0	1	2	3	4	5	6	7
1	Интерна медицина						
2	Пнеумофтизиологија						
3	Офталмологија						
4	Оториноларингологија						
5	Психијатрија						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2б

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА КОЈИ СЕ ПРАТЕ У СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ СЛУЖБАМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА ПРИМАРНОМ НИВОУ

Извештај за ниво целе здравствене установе представља сумарни извештај који се води за специјалистичко-консултативну делатност на годишњем нивоу.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив специјалистичке службе. Односи се на назив специјалистичко-консултативне службе у установама које обављају здравствену делатност на примарном нивоу, а према Правилнику о условима и начину унутрашње организације здравствених установа („Службени гласник РС“, број 43/06).

Колона 2. Укупан број прегледа. Уписати за сваку наведену службу укупни збир свих прегледа за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 2а).

Колона 3. Укупан број првих прегледа. Уписати за сваку наведену службу укупни збир свих првих прегледа за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 2а).

Колона 4: Број пацијената који су имали заказан први преглед. Уписати за сваку наведену службу укупни збир свих пацијената који су имали заказан први преглед за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 2а).

Колона 5: Укупна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати за сваку наведену службу укупни збир свих дужина чекања на заказан први преглед за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 2а).

Колона 6: Укупан број заказаних прегледа. Уписати за сваку наведену службу укупни збир свих пацијената који су имали заказан преглед за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 2а).

Колона 7: Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати за сваку наведену службу укупни збир пацијената који су примљени у назначеном термину за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 2а).

Колона 8: Просечна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати просечну дужину чекања (у данима) на заказан први преглед у одређеној специјалистичко-консултативној служби за наведену годину. *Израчунава се када се укупна дужина чекања на заказан први преглед (колона 5) подели бројем пацијената који су имали заказан први преглед (колона 4).*

Колона 9: Проценат заказаних посета у односу на укупан број посета. Уписати проценат заказаних посета у односу на укупан број посета за одређену специјалистичко–консултативну службу за наведену годину. *Израчунава се када се број пацијената који су имали заказан*

преглед (колона 6) подели са укупним бројем прегледа (колона 2) у истом реду и помножи са 100.

Колона 10: Проценат пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати проценат пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина за одређену специјалистичко–консултативну службу за наведену годину. *Израчунава се када се број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина (колона 7) подели са укупним бројем заказаних прегледа (колона 6) у истом реду и помножи са 100.*

Колона 11: Укупан број сати у недељи када служба ради поподне. Уписати за сваку службу укупан недељни број сати рада у поподневној смени када је организован поподневни рад службе. **Не сумирати сате уколико више амбуланти исте службе ради у поподневним сатима истог дана! Највећи број који се уписује је 40 и означава да специјалистичко-консултативна служба сваког радног дана има обезбеђен поподневни рад!**

Колона 12: Број дана у месецу када је омогућено заказивање специјалистичко-консултативног прегледа. Уписати за сваку службу број дана у месецу када је омогућено заказивање специјалистичко-консултативних прегледа. **Не сумирати дане уколико више амбуланти исте службе врши заказивање специјалистичко-консултативних прегледа истог дана или се заказивање врши у обе смене! Највећи број који се уписује је 22 и означава да специјалистичко-консултативна служба сваког радног дана има обезбеђено заказивање специјалистичко-консултативних прегледа!**

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА КОЈИ СЕ ПРАТЕ У СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ СЛУЖБАМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА ПРИМАРНОМ НИВОУ ЗА_____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р.бр.	Назив специјалистичке службе	Укупан број прегледа	Укупан број првих прегледа	Број пацијената који су имали заказан први преглед	Укупна дужина чекања на заказан први преглед	Укупан број заказаних прегледа	Број пацијената који су прегледани у року од 30 минута од времена заказаног термина	**Просечна дужина чекања на заказан први преглед**	**Проценат заказаних посета у односу на укупан број посета**	**Проценат пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина**	**Укупан број сати у недељи када служба ради поподне**	**Број дана у месецу када је омогућено заказивање спец.-конс. прегледа**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Интерна медицина											
2	Пнеумофтизиологија											
3	Офталмологија											
4	Оториноларингологија											
5	Психијатрија											

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3а

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ЗАКАЗАНИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА СЕКУНДАРНОМ И ТЕРЦИЈАРНОМ НИВОУ

Евиденција се води за службу специјалистичко-консултативне делатности и служи за прикупљање података на нивоу здравствене установе.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Медицинска грана. Назив медицинске гране по следећем принципу за здравствене установе на секундарном нивоу:

- **хирургија** (општа хирургија, ортопедија са трауматологијом, урологија, оториноларингологија и офталмологија)
- **интерна медицина** (интерна медицина, пнеумофтизиологија, неурологија, инфективне и кожне болести)
- **педијатрија**
- **гинекологија и акушерство**
- **психијатрија**

Здравствене установе које обављају здравствену делатност на терцијарном нивоу уносе податке појединачних (суб)специјалистичко-консултативних амбуланти у одговарајућу медицинску грану.

Колона 2. Укупан број прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупан број свих прегледа за одређени месец **из реда укупно - колона 1 обрасца 1** збирно за све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

Колона 3. Укупан број првих прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупан број свих првих прегледа за одређени месец **из реда укупно - колона 2 обрасца 1** збирно за све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

Колона 4: Број пацијената који су имали заказан први преглед. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупан број свих пацијената који су имали заказан први преглед за одређени месец **из реда укупно - колона 3 обрасца 1** збирно за све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

Колона 5: Укупна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати за сваку наведену медицинску грану збир дужина чекања свих пацијената на заказан први преглед **из реда укупно - колона 4 обрасца 1** збирно за све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

Колона 6: Укупан број заказаних прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупан број свих заказаних прегледа за одређени месец **из реда укупно - колона 5 обрасца 1** збирно за све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

Колона 7: Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати за сваку наведену медицинску грану збир броја пацијената који су примљени у назначеном термину за одређени месец **из реда укупно - колона 6 обрасца 1** збирно за

све специјалистичко-консултативне амбуланте одговарајуће медицинске гране у здравственој установи.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник специјалистичко-консултативне службе потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ЗАКАЗАНИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА СЕКУНДАРНОМ И ТЕРЦИЈАРНОМ НИВОУ

ЗА _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Редни број	Медицинска грана	Укупан број прегледа	Укупан број првих прегледа	Број пацијената који су имали заказан први преглед	Укупна дужина чекања на заказан први преглед	Укупан број заказаних прегледа	Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина
0	1	2	3	4	5	6	7
1	Хирургија						
2	Интерно						
3	Педијатрија						
4	Гинекологија и акушерство						
5	Психијатрија						

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3б

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА КОЈИ СЕ ПРАТЕ У СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ СЛУЖБАМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА СЕКУНДАРНОМ И ТЕРЦИЈАРНОМ НИВОУ

Извештај за ниво целе здравствене установе представља сумарни извештај који се води за специјалистичко-консултативну делатност на годишњем нивоу.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Медицинска грана. Односи се на назив медицинске гране.

Колона 2. Укупан број прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир свих прегледа за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а**).**

Колона 3. Укупан број првих прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир свих првих прегледа за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а).

Колона 4: Број пацијената који су имали заказан први преглед. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир свих пацијената који су имали заказан први преглед за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а).

Колона 5: Укупна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир свих дужина чекања на заказан први преглед за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а).

Колона 6: Укупан број заказаних прегледа. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир свих пацијената који су имали заказан преглед за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а).

Колона 7: Број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати за сваку наведену медицинску грану укупни збир пацијената који су примљени у назначеном термину за наведену годину (податак се добија сумирањем месечних евиденција из Обрасца 3а).

Колона 8: Просечна дужина чекања на заказан први преглед. Уписати просечну дужину чекања (у данима) на заказан први преглед у специјалистичко-консултативним амбулантама одређене медицинске гране за наведену годину. *Израчунава се када се укупна дужина чекања на заказан први преглед (колона 5) подели бројем пацијената који су имали заказан први преглед (колона 4).*

Колона 9: Проценат заказаних посета у односу на укупан број посета. Уписати проценат заказаних посета у односу на укупан број посета за специјалистичко–консултативне службе одређене медицинске гране за наведену годину. *Израчунава се када се број пацијената који су*

имали заказан преглед (колона 6) подели са укупним бројем прегледа (колона 2) у истом реду и помножи са 100.

Колона 10: Проценат пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина. Уписати проценат пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина за одређену специјалистичко–консултативну службу за наведену годину. *Израчунава се када се број пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина (колона 7) подели са укупним бројем заказаних прегледа (колона 6) у истом реду и помножи са 100.*

Колона 11: Укупан број сати у недељи када служба ради поподне. Уписати за сваку медицинску грану укупан недељни број сати рада у поподневној смени када је организован поподневни рад службе. **Не сумирати сате уколико више амбуланти исте службе ради у поподневним сатима истог дана! Највећи број који се уписује је 40 и означава да специјалистичко-консултативна служба за наведену медицинску грану сваког радног дана има обезбеђен поподневни рад!**

Колона 12: Број дана у месецу када је омогућено заказивање специјалистичко-консултативног прегледа. Уписати за сваку медицинску грану број дана у месецу када је омогућено заказивање специјалистичко-консултативних прегледа. **Не сумирати дане уколико више амбуланти исте службе врши заказивање специјалистичко-консултативних прегледа истог дана или се заказивање врши у обе смене! Највећи број који се уписује је 22 и означава да специјалистичко-консултативна служба за наведену медицинску грану сваког радног дана има обезбеђено заказивање специјалистичко-консултативних прегледа!**

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА КОЈИ СЕ ПРАТЕ У СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ СЛУЖБАМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА СЕКУНДАРНОМ И ТЕРЦИЈАРНОМ НИВОУ ЗА_____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р.бр.	Медицинска грана	Укупан број прегледа	Укупан број првих прегледа	Број пацијената који су имали заказан први преглед	Укупна дужина чекања на заказан први преглед	Укупан број заказаних прегледа	Број пацијената који су прегледани у року од 30 минута од времена заказаног термина	**Просечна дужина чекања на заказан први преглед**	**Проценат заказаних посета у односу на укупан број посета**	**Проценат пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина**	**Укупан број сати у недељи када служба ради поподне**	**Број дана у месецу када је омогућено заказивање спец.-конс. прегледа**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Хирургија											
2	Интерно											
3	Педијатрија											
4	Гинекологија и акушерство											
5	Психијатрија											

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

IV ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА У СЕКУНДАРНОЈ И ТЕРЦИЈАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

1. Показатељи квалитета за здравствену установу у целини
2. Интернистичке гране медицине
3. Хируршке гране медицине
4. Гинекологија и акушерство
5. Педијатрија

У здравственим установама које обављају здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу, квалитет здравствене заштите се процењује на основу показатеља који се прате за установу у целини и показатеља по гранама медицине (интернистичке, хируршке, гинекологија са акушерством, педијатрија) за стационарну делатност.

Показатељи квалитета рада болница из члана 19, 20, 21, 22 и 23 Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите се прате у установама које обављају стационарну здравствену делатност (опште болнице, самосталне и у саставу здравствених центара; специјалне болнице; заводи и институти; клинике; клиничко болнички центри и клинички центри).

Подаци потребни за израчунавање Показатеља се прикупљају месечно према подацима из извештаја о хоспитализацији, а који се води за сваког пацијента примљеног на стационарно лечење, такође и из температурно-терапијских листа, протокола болесника, протокола оперисаних, протокола умрлих, књига евиденција о порођајима, протокола нежељених догађаја и података о кадровима и постељама (рутинска статистика), и односе се на:

- Број исписаних болесника
- Старост пацијента
- Број умрлих
- Број умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу
- Број умрлих лица упућених на обдукцију
- Број обдукованих
- Број враћених извештаја о обдукцији
- Број лечених од инфаркта миокарда
- Број умрлих од инфаркта миокарда
- Број умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема у болницу
- Број лечених од церебро васкуларног инсулта
- Број умрлих од церебро васкуларног инсулта
- Број умрлих од церебро васкуларног инсулта у току првих 48 сати од пријема у болницу
- Број пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге
- Број пацијената са акутним инфарктом миокарада код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу
- Број пацијената са цереброваскуларним инсултом код којих је у току хоспитализације извршен поновни пријем на одељење интензивне неге
- Број поновних хоспитализација пацијената са акутним инфарктом миокарда у року од 30 дана
- Број поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсултом у року од 30 дана
- Број дана болничког лечења за инфаркт миокарда
- Број дана болничког лечења за цереброваскуларни инсулт
- Број оперисаних пацијената
- Број умрлих оперисаних пацијената
- Број умрлих пацијената после апендектомије
- Број умрлих пацијената после холецистектомије

- Број пацијената који су добили сепсу после операције
- Број трудница и породиља умрлих током хоспитализације
- Број живорођене деце умрле до отпуста из болнице
- Број порођаја
- Број порођаја обављених царским резом
- број порођаја обављених у епидуралној анестезији
- Број порођаја обављених уз присуство партнера или члана породице породиље
- Број породиља које су имале повреду при порођају
- Број новорођенчади која су имала повреду при порођају
- Број дана болничког лечења свих пацијената лечених у посматраном периоду
- Број медицинских сестара на одељењу
- Број хируршких интервенција обављених у хирушким салама
- Број преоперативних дана лечења за све хируршке интервенције обављене у хирушким салама
- Број оперисаних пацијената у општој, спиналној, епидуралној анестезији
- Број лекара укључених у оперативни програм
- Број пацијената који се прате по дефинисаном процесу здравствене неге
- Број упућених сестринских писама патронажној служби дома здравља

Месечну евиденцију о наведеним подацима води одељенска сестра за одређене организационе јединице/одељења. Месечна евиденција се води такође и за ниво здравствене установе и представља збир података одређених организационих јединица/одељења.

Свака здравствена установа израчунава показатеље за годишњи извештај и попуњене обрасце (1б, 1в, 1д, 1е, 1ж, 2б, 2г, 2ђ, 3б, 3г, 4а, 4б и 4в) доставља окружном институту/заводу за јавно здравље. Обрасци 1в, 1д, 1е и 1з достављају се за установу у целини. Образац 1б се доставља у 4 примерка, појединачно за сваку грану медицине (интернистичке, хируршке, гинекологија са акушерством и педијатрија). Обрасци 2б, 2г и 2ђ достављају се само за интерну медицину, образци 3б и 3 г – за хирургију, а образци 4а, 4б и 4в – за гинекологију.

За здравствене установе секундарног нивоа (опште болнице) потребно је сваку од медицинских грана приказати посебно сумирањем извештаја одељења која припадају одређеној грани медицине по следећем принципу:

- **за интерну медицину (интерна медицина, пнеумофтизиологија, неурологија, инфективне болести, дерматовенерологија),**
- **за хирургију (општа хирургија, ортопедија са трауматологијом, урологија, оториноларингологија и офталмологија),**
- **педијатрија и**
- **гинекологија и акушерство.**

Приликом прикупљања података из установа секундарног нивоа (општих болница) не урачунавати податке геријатријских одељења и одељења за продужено лечење и негу и психијатрије. Приликом прикупљања података са педијатријских одељења не урачунавати одељења неонатологије при породилиштима, осим за показатељ гинекологије и акушерства. (Број новорођенчади који су имали повреду при рађању и Број живорођене деце умрле до отпуста из болнице - образци 4 б и 4в).

За здравствене установе терцијарног нивоа (клинике, институти, клиничко болнички центри) потребно је сваку од медицинских грана приказати посебно сумирањем извештаја одељења/организационих јединица/установа у саставу која припадају одређеној грани медицине по следећем принципу:

- **за интерну медицину (интерна медицина, кардиологија, пулмологија, гастроентерологија, имунологија, алергологија, ендокринологија, реуматологија, нефрологија, хематологија, неурологија, неуропсихијатрија, психијатрија,**

дерматовенерологија, физикална медицина и рехабилитација, инфективне болести, онкологија),

- **за хирургију (општа хирургија, абдоминална хирургија, кардиоваскуларна хирургија, торакална хирургија, неурохирургија, ортопедија, офталмологија, оториноларингологија, трауматологија, пластична и реконструктивна хирургија, урологија, максилофацијална хирургија, дечја хирургија),**
- **за педијатрију (педијатрија, перинатологија, неонатологија, дечја неурологија, дечја психијатрија),**
- **гинекологија и акушерство.**

Приликом прикупљања података из клиничко болничких центара не урачунавати податке геријатријских одељења, одељења за продужено лечење и негу и психијатрије. Приликом прикупљања података са педијатријских одељења клиничко болничких центара не урачунавати одељења неонатологије при породилиштима, осим за показатеље гинекологије и акушерства (Број новорођенчади који су имали повреду при рађању и Број живорођене деце умрле до отпуста из болнице - образци 4 б и 4в).

Клинички центри податке за израчунавање показатеља и израчунате показатеље не достављају за ниво целе установе већ их је потребно приказати/доставити за сваки институт односно клинику посебно (1б, 1в, 1д, 1е, 1ж, 2б, 2г, 2ђ, 3б и 3г).

Напомене:

Хоспитализација/епизода болничког лечења/број исписаних болесника

Хоспитализација/епизода болничког лечења/број исписаних болесника је сваки пријем у стационарну здравствену установу који подразумева боравак од најмање 24 сата. У случају смрти или премештаја у другу стационарну здравствену установу, боравак може бити краћи од 24 сата. Ови случајеви се региструју као једнодневна хоспитализација.

Отпуст је завршетак стационарног лечења, било да се пацијент упућује кући, у другу стационарну установу или да је умро.

Број пријема/отпуста искључује: трансфер са одељења на одељење исте болнице, дневну болницу, привремено отпуштање за викенд када је болничка постеља и даље резервисана за истог пацијента.

Податке из дневних болница не прикупљати, осим за обрасце 3а, 3б, 3в и 3г.

Рехоспитализација/ поновна хоспитализација

Рехоспитализација/поновна хоспитализација - Сваки поновни хитан пријем у оквиру 30 дана од отпуста. Односи се на поновни пријем у стационарну установу из које је пацијент отпуштен а који је био непланиран односно који је потенцијално могао бити избегнут.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1а

**ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ИСПИСАНИХ БОЛЕСНИКА,
БРОЈУ УМРЛИХ У ПРВИХ 48 САТИ ОД ПРИЈЕМА У БОЛНИЦУ
И УКУПНОМ БРОЈУ УМРЛИХ**

Извештај се води на нивоу сваке организационе јединице нижег нивоа/одељења (одељења за гране медицине: интерна медицина, хирургија, гинекологија и акушерство и педијатрија).

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати период на који се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе/одељења.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Старосне групе.** Означава старосне групе пацијената груписане у интервале од 10 година изузев за први интервал који се односи на децу до навршене прве године живота, и други који се односи на децу предшколског узраста.

Колона 2: **Број исписаних болесника.** Уписати број исписаних болесника (укупан број лечених) у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) за посматрани период, по старосним групама из колоне 1.

Колона 3: Број умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу. Уписати број лица умрлих у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) који су умрли у првих 48 сати од пријема у болницу у току посматраног периода, а по старосним категоријама из колоне 1.

Колона 4: **Укупан број умрлих.** Уписати број лица умрлих у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) у току посматраног периода, а по старосним категоријама из колоне 1.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник организационе јединице/одељења за које је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника организационе јединице/одељења.

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ИСПИСАНИХ БОЛЕСНИКА, БРОЈУ УМРЛИХ У ПРВИХ 48 САТИ ОД ПРИЈЕМА У БОЛНИЦУ И УКУПНОМ БРОЈУ УМРЛИХ ЗА ПЕРИОД ОД_____ ДО_____ 20___. ГОДИНЕ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа/одељења_____

Р. бр.	Старосне групе	Број исписаних болесника	Број умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу	Укупан број умрлих
0	1	2	3	4
1	< 1			
2	1до 4			
3	5 до14			
4	15-24			
5	25-34			
6	35-44			
7	45-54			
8	55-64			
9	65-74			
10	75-84			
11	85+			
УКУПНО				

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника организационе јединице/одељења _____

Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1б

ИЗВЕШТАЈ
О БРОЈУ ИСПИСАНИХ БОЛЕСНИКА, БРОЈУ УМРЛИХ У ПРВИХ 48 САТИ ОД ПРИЈЕМА У БОЛНИЦУ И УКУПНОМ БРОЈУ УМРЛИХ
ЗА ГРАНУ МЕДИЦИНЕ

Извештај за ниво одређене гране медицине (интерна медицина, хирургија, гинекологија и акушерство и педијатрија) представља сумар извештаја са свих одељења/организационих јединица одређене гране медицине за наведену годину.

Сваку од медицинских грана приказати посебно (на 4 одвојена обрасца) сумирањем извештаја одељења која припадају одређеној грани медицине а за наведену годину.

Напомена: Клинички центри достављају податке за сваки институт/клинику појединачно и то посебно за ниво сваке гране медицине (на 4 одвојена обрасца).

У наслову обрасца 1б уписати **грану медицине и годину** на коју се подаци односе.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава редни број реда.

Колона 1: **Старосне групе.** Означава старосне групе пацијената груписане у интервале од 10 година изузев за први интервал који се односи на децу до навршене прве године живота, и други који се односи на децу предшколског узраста.

Колона 2: **Број исписаних болесника.** Уписати број исписаних болесника (укупан број лечених) укупно у свим организационим јединицама/одељењима за посматрану медицинску грану (нпр. за сва хируршка одељења здравствене установе) за наведену годину, по старосним групама из колоне 1.

Колона 3: Број умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу. Уписати број лица укупно умрлих у свим организационим јединицама/одељењима за посматрану медицинску грану (нпр. за сва хируршка одељења здравствене установе) који су умрли у првих 48 сати од пријема у болницу у наведеној години, а по старосним категоријама из колоне 1.

Колона 4: Укупан број умрлих. Уписати број лица у свим организационим јединицама/одељењима за посматрану медицинску грану (нпр. за сва хируршка одељења здравствене установе) који су умрли у наведеној години, а по старосним категоријама из колоне 1.

Колона 5: **Стопа леталитета.** Израчунати стопу леталитета за ниво медицинске гране у наведеној години, а по старосним интервалима из колоне 1. *Израчунава се као број особа умрлих у болници (колона 4) подељен бројем исписаних болесника (колона 2) и помножен са 100.*

Колона 6: **Проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу.** Израчунати проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу за ниво медицинске гране у наведеној години, а по старосним интервалима из колоне 1.
Израчунава се као број особа умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу (колона 3) подељен бројем умрлих у болници (колона 4) и помножен са 100.

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3 и 4 сумирати податке за све наведене добне групе. У поља која се односе на стопу леталитета и проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу (колоне 5 и 6) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ИСПИСАНИХ БОЛЕСНИКА, БРОЈУ УМРЛИХ У ПРВИХ 48 САТИ ОД ПРИЈЕМА У БОЛНИЦУ И УКУПНОМ БРОЈУ УМРЛИХ ЗА ГРАНУ МЕДИЦИНЕ _____ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Старосне групе	Број исписаних болесника	Број умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу	Укупан број умрлих	**Стопа леталитета**	**Проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу**
0	1	2	3	4	5	6
1	< 1					
2	1до 4					
3	5 до14					
4	15-24					
5	25-34					
6	35-44					
7	45-54					
8	55-64					
9	65-74					
10	75-84					
11	85+					
УКУПНО						

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1в

**ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ИСПИСАНИХ БОЛЕСНИКА,
БРОЈУ УМРЛИХ У ПРВИХ 48 САТИ ОД ПРИЈЕМА У БОЛНИЦУ
И УКУПНОМ БРОЈУ УМРЛИХ**

Извештај за ниво целе здравствене установе представља сумар свих извештаја који се воде за ниво гране медицине за наведену годину.

Напомена: Клинички центри достављају податке за сваки институт/клинику посебно (сумирањем извештаја за гране медицине у случају да се у једном институту/клиници обавља делатност из више грана медицине), а не за ниво целе установе тј. ниво клиничког центра.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца **уписати годину** на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе .
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Старосне групе.** Означава старосне групе пацијената груписане у интервале од 10 година изузев за први интервал који се односи на децу до навршене прве године живота, и други који се односи на децу предшколског узраста.

Колона 2: Број исписаних болесника. Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених), за ниво целе установе (све медицинске гране збирно), у наведеној години, по старосним групама из колоне 1.

Колона 3: Број умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу. Уписати број лица укупно умрлих у свим организационим јединицама/одељењима свих грана медицине који су умрли у првих 48 сати од пријема у болницу у наведеној години, а по старосним категоријама из колоне 1.

Колона 4: Укупан број умрлих. Уписати број лица у свим организационим јединицама/одељењима свих грана медицине који су умрли у наведеној години, а по старосним категоријама из колоне 1.

Колона 5: **Стопа леталитета.** Израчунати стопу леталитета за ниво здравствене установе у наведеној години, а по старосним интервалима из колоне 1. *Израчунава се као број особа умрлих у болници (колона 4) подељен бројем исписаних болесника (колона 2) и помножен са 100.*

Колона 6: **Проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу.** Израчунати проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу за ниво здравствене установе у наведеној години, а по старосним интервалима из колоне 1. *Израчунава се као број особа умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу (колона 3) подељен бројем умрлих у болници (колона 4) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3 и 4 сумирати податке за све наведене добне групе. У поља која се односе на стопу леталитета и проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу (колоне 5 и 6) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ИСПИСАНИХ БОЛЕСНИКА,
БРОЈУ УМРЛИХ У ПРВИХ 48 САТИ ОД ПРИЈЕМА У БОЛНИЦУ
И УКУПНОМ БРОЈУ УМРЛИХ
ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе_____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Старосне групе	Број исписаних болесника	Број умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу	Укупан број умрлих	**Стопа леталитета за ниво установе**	**Проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу**
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	< 1					
2	1до 4					
3	5 до14					
4	15-24					
5	25-34					
6	35-44					
7	45-54					
8	55-64					
9	65-74					
10	75-84					
11	85+					
УКУПНО						

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР_____ **Датум_____**

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1г

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ОБДУКОВАНИХ И ПОДУДАРНОСТИ КЛИНИЧКИХ И ОБДУКЦИОНИХ ДИЈАГНОЗА ЗА ГРАНУ МЕДИЦИНЕ

Подаци за образац 1г се воде на нивоу организационе јединице нижег нивоа/одељења, а према медицинским гранама (хирургија, интерна медицина, педијатрија, гинекологија и акушерство), континуирано током целе године. Ови се подаци обједињавају у табелу 1д која се води по гранама медицине.

У наслову образца 1г уписати грану медицине и годину на коју се подаци односе.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Организациона јединица/Одељење.** Уписује се назив **свих** организационих јединица/одељења те здравствене установе, а по медицинским гранама (сва одељења у саставу хирургије, или интерне медицине, или педијатрије, или гинекологије и акушерства).

Колона 2: Укупан број умрлих. Уписати број лица укупно умрлих у организационим јединицама/одељењима који су умрли у наведеној години.

Колона 3: Укупан број умрлих лица упућених на обдукцију. Уписати број лица у организационим јединицама/одељењима који су умрли и упућени на обдукцију у наведеној години.

Колона 4: Број клиничких дијагноза узрока смрти које су потврђене обдукцијом. Уписати укупан број клиничких дијагноза узрока смрти које су потврђене на обдукцији у наведеној години.
Колона 5: Укупан број враћених извештаја о обдукцији. Уписати број враћених извештаја о обдукцији у организационим јединицама/одељењима у наведеној години.

Колона 6: Проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза. Израчунати проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза. *Израчунава се као број дијагноза са организационе јединице/одељења које су потврђене обдукционим налазом (колона 4) подељен са укупним бројем враћених извештаја о обдукцији (колона 5) и помножен са 100.*

Колона 7: Проценат обдукованих. Израчунати проценат обдукованих лица. *Израчунава се као број обдукованих, односно укупан број умрлих упућених на обдукцију (колона 3) подељен са укупним бројем умрлих пацијената (колона 2) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4 и 5 сумирати податке за све организационе јединице/одељења. У поља која се односе на Проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза и Проценат обдукованих (колоне 6 и 7) уписати израчунате показатеље за ниво гране медицине.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Лице одговорно за одређену грану медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ОБДУКОВАНИХ И ПОДУДАРНОСТИ КЛИНИЧКИХ И ОБДУКЦИОНИХ ДИЈАГНОЗА ЗА ГРАНУ МЕДИЦИНЕ_____ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица/одељење	Укупан број умрлих	Укупан број умрлих лица упућених на обдукцију	Број клиничких дијагноза узрока смрти које су потврђене обдукцијом	Број враћених извештаја о обдукцији	**Проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза**	**Проценат обдукованих**
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
5							
6							
7							
8							
9							
УКУПНО							

Извештај урадио/ла _____ **Датум**_____

Потпис и факсимил одговорног лица _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1д

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ОБДУКОВАНИХ И ПОДУДАРНОСТИ КЛИНИЧКИХ И ОБДУКЦИОНИХ ДИЈАГНОЗА

Извештај за установу у целини представља сумар извештаја свих грана медицине (попуњава се уношењем сумара реда „укупно“ из Обрасца 1г за одређене гране медицине) за наведену годину.
Напомена: Клинички центри достављају податке за сваки институт/клинику посебно а не за ниво целе установе тј. ниво клиничког центра.
На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе .
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Медицинска грана.** Односи се на све медицинске гране у здравственој установи (сва одељења у саставу хирургије, интерне медицине, педијатрије, и гинекологије и акушерства).

Колона 2: Укупан број умрлих. Уписати број умрлих за посматрану медицинску грану (на пр. укупно за сва хируршка одељења здравствене установе), у наведеној години.

Колона 3: Укупан број умрлих лица упућених на обдукцију. Уписати број лица по медицинским гранама који су умрли и упућени на обдукцију у наведеној години.

Колона 4: Број клиничких дијагноза узрока смрти које су потврђене обдукцијом. Уписати укупан број клиничких дијагноза узрока смрти које су потврђене на обдукцији, за одређену медицинску грану, у наведеној години.

Колона 5: Укупан број враћених извештаја о обдукцији. Уписати број враћених извештаја о обдукцији за одређену медицинску грану, у наведеној години.

Колона 6: Проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза. Израчунати проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза. *Израчунава се као број дијагноза које су потврђене обдукционим налазом (колона 4) подељен са укупним бројем враћених извештаја о обдукцији (колона 5) и помножен са 100.*

Колона 7: Проценат обдукованих. Израчунати проценат обдукованих лица. *Израчунава се као број обдукованих, односно укупан број умрлих упућених на обдукцију (колона 3) подељен са укупним бројем умрлих пацијената (колона 2) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4 и 5 сумирати податке за све организационе јединице/одељења. У поља која се односе на Проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза и Проценат обдукованих (колоне 6 и 7) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.
На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.
Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.
На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ОБДУКОВАНИХ И ПОДУДАРНОСТИ КЛИНИЧКИХ И ОБДУКЦИОНИХ ДИЈАГНОЗА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив установе у саставу _____

Р. бр.	Медицинска грана	Укупан број умрлих	Укупан број умрлих упућених на обдукцију	Број клиничких дијагноза узрока смрти које су потврђене обдукцијом	Број враћених извештаја о обдукцији	**Проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза**	**Проценат обдукованих**
0	1	2	3	4	5	6	7
1	**Хирургија**						
2	**Интерна медицина**						
3	**Педијатрија**						
4	**Гинекологија и акушерство**						
УКУПНО							

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1ђ

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОЈ ДУЖИНИ БОЛНИЧКОГ ЛЕЧЕЊА, БРОЈУ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА ПО ЗАУЗЕТОЈ БОЛНИЧКОЈ ПОСТЕЉИ И ПРОЦЕНТУ ПАЦИЈЕНАТА ВРАЋЕНИХ НА ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ ЗА ГРАНУ МЕДИЦИНЕ

Подаци за образац 1ђ се воде на нивоу сваке организационе јединице нижег нивоа/одељења, а према медицинским гранама (интерна медицина, хирургија, педијатрија, гинекологија и акушерство). Ови се подаци обједињавају у образац 1е који се води по гранама.

У наслову обрасца 1ђ уписати грану медицине и годину на коју се подаци односе.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Организациона јединица/Одељење.** Уписује се назив **свих** организационих јединица/одељења те здравствене установе, а по медицинским гранама (нпр. сва одељења у саставу хирургије, или интерне медицине, или педијатрије, или гинекологије и акушерства).

Колона 2: **Број исписаних болесника.** Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за посматрану медицинску грану (нпр. за сва хируршка одељења здравствене установе).

Колона 3: Број дана болничког лечења. Уписати укупан број дана болничког лечења у наведеној години. појединачно по организационим јединицама/одељењима за посматрану медицинску грану (нпр. за сва хируршка одељења здравствене установе).

Колона 4: **Број медицинских сестара на одељењу.** Уписати еквивалент пуног радног времена (FTE) медицинских сестара на одељењу које су укључене у негу болесника у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за посматрану медицинску грану (нпр. за сва хируршка одељења здравствене установе).
Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолошког упутства.

Колона 5: Број пацијената лечених на одељењу интензивне неге. Уписати укупан број пацијената лечених на одељењу интензивне неге

Колона 6: Број пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације. Уписати укупан број пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације.

Колона 7: Проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације. Израчунати проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације. (*Израчунава се као број пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације (колона 6) подељен са укупним бројем пацијената лечених на одељењима интензивне неге (колона 5) и помножен са 100.*

Колона 8: **Просечна дужина болничког лечења.** Израчунати просечну дужину болничког лечења у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за посматрану медицинску грану (нпр. за сва хируршка одељења здравствене установе). *Израчунава се као укупан број дана болничког лечења (колона 3) подељен бројем исписаних болесника (колона 2).*

Колона 9: Број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи. Израчунати број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи. *Израчунава се тако што се број медицинских сестара на одељењу (колона 4) помножи са бројем дана у наведеној години и добијени резултат подели са бројем дана болничког лечења (колона 3).*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4, 5 и 6 сумирати податке за све организационе јединице/одељења. У поља која се односе на Проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације, Просечну дужину болничког лечења и Број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи (колоне 7, 8 и 9) уписати израчунате показатеље за ниво гране медицине.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Лице одговорно за одређену грану медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОЈ ДУЖИНИ БОЛНИЧКОГ ЛЕЧЕЊА,
БРОЈУ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА ПО ЗАУЗЕТОЈ БОЛНИЧКОЈ ПОСТЕЉИ
И ПРОЦЕНТУ ПАЦИЈЕНАТА ВРАЋЕНИХ НА ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ
ЗА ГРАНУ МЕДИЦИНЕ _____ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____
Назив установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица	Број исписаних болесника	Број дана болничког лечења	Број медицинских сестара на одељењу	Број пацијената лечених на одељењу интензивне неге	Број пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге	**Проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге**	**Просечна дужина болничког лечења**	**Број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1									
2									
3									
5									
6									
7									
8									
9									
УКУПНО									

Извештај урадио/ла_____

Потпис и факсимил одговорног лица _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1е

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОЈ ДУЖИНИ БОЛНИЧКОГ ЛЕЧЕЊА, ПРОСЕЧНОМ БРОЈУ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА ПО ЗАУЗЕТОЈ БОЛНИЧКОЈ ПОСТЕЉИ И ПРОЦЕНТУ ПАЦИЈЕНАТА ВРАЋЕНИХ НА ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ

Извештај за установу у целини представља сумар извештаја свих грана медицине (попуњава се уношењем реда „укупно“ из Обрасца 1ђ за одређене гране медицине) за наведену годину.

Напомена: Клинички центри достављају податке за сваки институт/клинику посебно а не за ниво целе установе тј. ниво клиничког центра.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе .
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Грана медицине.** Односи се на све медицинске гране у здравственој установи (сва одељења у саставу хирургије, интерне медицине, педијатрије, и гинекологије и акушерства).

Колона 2: **Број исписаних болесника.** Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) за посматрану медицинску грану (нпр. укупно за сва хируршка одељења здравствене установе) у наведеној години.

Колона 3: Број дана болничког лечења. Уписати укупан број дана болничког лечења за посматрану медицинску грану (нпр. укупно за сва хируршка одељења здравствене установе) у наведеној години.

Колона 4: **Број медицинских сестара за медицинску грану.** Уписати еквивалент пуног радног времена (FTE) медицинских сестара које су укључене у негу болесника у наведеној години за посматрану медицинску грану (нпр. за сва хируршка одељења здравствене установе).
Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолошког упутства.

Колона 5: Број пацијената лечених на одељењу интензивне неге. Уписати укупан број пацијената лечених на одељењу интензивне неге за посматрану медицинску грану

Колона 6: Број пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације. Уписати укупан број пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације за посматрану медицинску грану.

Колона 7: Проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације. Израчунати проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације за посматрану медицинску грану. *Израчунава се као број пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације (колона 6) подељен са укупним бројем пацијената лечених на одељењима интензивне неге(колона 5) и помножен са 100.*

Колона 8: **Просечна дужина болничког лечења.** Израчунати просечну дужину болничког лечења у наведеној години, појединачно за посматране медицинске гране (нпр. укупно за сва хируршка одељења здравствене установе). *Израчунава се као укупан број дана болничког лечења (колона 3) подељен бројем исписаних болесника (колона 2).*

Колона 9: Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи. Израчунати просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи. *Израчунава се тако што се број медицинских сестара за медицинску грану (колона 4) помножи са бројем дана у наведеној години и добијени резултат подели са бројем дана болничког лечења (колона 3).*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4, 5 и 6 сумирати податке за све гране медицине. У поља која се односе на Проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације, Просечну дужину болничког лечења и Број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи (колоне 7, 8 и 9) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОЈ ДУЖИНИ БОЛНИЧКОГ ЛЕЧЕЊА,
БРОЈУ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА ПО ЗАУЗЕТОЈ БОЛНИЧКОЈ ПОСТЕЉИ И
ПРОЦЕНТУ ПАЦИЈЕНАТА ВРАЋЕНИХ НА ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ
ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив установе у саставу _____

Р. бр.	Грана медицине	Број исписаних болесника	Број дана болничког лечења	Број медицинских сестара	Број пацијената лечених на одељењу интензивне неге	Број пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге	**Проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге**	**Просечна дужина болничког лечења**	**Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	**Хирургија**								
2	**Интерна медицина**								
3	**Педијатрија**								
4	**Гинекологија и акушерство**								
УКУПНО									

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1ж

ИЗВЕШТАЈ О ПРОЦЕНТУ ПАЦИЈЕНАТА КОЈИ СЕ ПРАТЕ ПО ПРОЦЕСУ ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ И ПРОЦЕНТУ СЕСТРИНСКИХ ОТПУСНИХ ПИСАМА ПАТРОНАЖНОЈ СЛУЖБИ

Напомена: Клинички центри достављају податке за сваки институт/клинику посебно а не за ниво целе установе тј. ниво клиничког центра.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе .
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број исписаних болесника. Уписати укупан број исписаних болесника

Колона 2: Број пацијената који се прате по дефинисаном процесу здравствене неге. Уписати број исписаних пацијената који су се пратили по дефинисаном процесу здравствене неге

Колона 3: Број сестринских отпусних писама патронажној служби. Уписати број сестринских отпусних писама упућених патронажној служби дома здравља

Колона 4: Проценат пацијената који се прате по процесу здравствене неге. Израчунати проценат пацијената који се прате по процесу здравствене неге. *Израчунава се као број пацијената који се прате по дефинисаном процесу здравствене неге (колона 2) подељен са укупаним бројем исписаних болесника (колона 1) и помножен са 100.*

Напомена: Процес здравствене неге је дефинисан као научно заснован систем рада медицинске сестре, усмерен на идентификовање и решавање потреба појединца, породице и заједнице за негом, које произилазе из њихових реаговања на здравствене проблеме и друге животне ситуације у вези са здрављем.“ (Тијанић, М. и сар. (2002). Здравствена нега и савремено сестринство. Београд: Научна ,145-388)

Колона 5: Проценат сестринских отпусних писама патронажној служби. Израчунати проценат сестринских отпусних писама патронажној служби. *Израчунава се као број упућених писама патронажној служби дома здравља (колона 3) подељен са укупаним бројем исписаних болесника (колона 1) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 1, 2 и 3 сумирати податке за све гране медицине. У поља која се односе на Проценат пацијената који се прате по процесу здравствене неге и Проценат сестринских отпусних писама патронажној служби (колоне 4 и 5) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____

ЗАВОД/ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

ИЗВЕШТАЈ О ПРОЦЕНАТУ ПАЦИЈЕНАТА КОЈИ СЕ ПРАТЕ ПО ПРОЦЕСУ ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ И ПРОЦЕНТУ СЕСТРИНСКИХ ОТПУСНИХ ПИСАМА ПАТРОНАЖНОЈ СЛУЖБИ ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број исписаних болесника	Број пацијената који се прате по дефинисаном процесу здравствене неге	Број упућених писама патронажној служби	**Проценат пацијената који се прате по процесу здравствене неге**	**Проценат сестринских отпусних писама патронажној служби**
1	2	3	4	5

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2а-интерна медицина

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О УМРЛИМ ОД ИНФАРКТА МИОКАРДА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНОГ ИНСУЛТА

Извештај се води за сваку организациону јединицу нижег нивоа (одељења) интернистичких грана медицине.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Организациона јединица/одељење интернистичке гране медицине.** Уписује се назив свих организационих јединица/одељења из интернистичких грана медицине те здравствене установе.

Колона 2: **Број исписаних болесника са дијагнозом инфаркта миокарда.** Уписати број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом инфаркта миокарда у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине у наведеном месецу.

Колона 3: Број умрлих од инфаркта миокарда току првих 48 сати од пријема у болницу. Уписати укупан број лица умрлих од инфаркта миокарда у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине који су умрли у првих 48 сати од пријема у болницу у наведеном месецу.

Колона 4: **Укупан број умрлих од инфаркта миокарда.** Уписати укупан број лица умрлих од инфаркта миокарда у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине у наведеном месецу.

Колона 5: **Број исписаних болесника са дијагнозом цереброваскуларног инсулта.** Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом цереброваскуларног инсулта у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине у наведеном месецу.

Колона 6: Број умрлих од цереброваскуларног инсулта току првих 48 сати од пријема у болницу. Уписати укупан број лица умрлих од цереброваскуларног инсулта у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине који су умрли у првих 48 сати од пријема у болницу у наведеном месецу.

Колона 7: **Укупан број умрлих од цереброваскуларног инсулта.** Уписати укупан број лица умрлих од цереброваскуларног инсулта у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине у наведеном месецу.

РЕД УКУПНО
Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лице одговорно за одређену грану медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О УМРЛИМ ОД ИНФАРКТА МИОКАРДА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНОГ ИНСУЛТА ЗА _____20_____год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица	Број исписаних болесника са дијагнозом инфаркта миокарда	Број умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема у болницу	Укупан број умрлих од инфаркта миокарда	Број исписаних болесника са дијагнозом церебро васкуларног инсулта	Број умрлих од цереброваск.инсулта у току првих 48 сати од пријема у болницу	Укупан број умрлих од церебро васкуларног инсулта
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
УКУПНО							

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил одговорног лица _____

Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2б-интерна медицина

ИЗВЕШТАЈ О УМРЛИМ ОД ИНФАРКТА МИОКАРДА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНОГ ИНСУЛТА

Извештај се води за ниво интернистичких грана медицине и представља сумар извештаја са свих одељења/организационих јединица интернистичких грана медицине за наведену годину.
Напомена: Клинички центри достављају податке за сваки институт/клинику посебно а не за ниво целе установе тј. ниво клиничког центра.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на који се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Организациона јединица/одељење интернистичке гране медицине.** Уписује се назив свих организационих јединица/одељења из интернистичких грана медицине те здравствене установе.

Колона 2: **Број исписаних болесника са дијагнозом инфаркта миокарда.** Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом инфаркта миокарда у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине у наведеној години.

Колона 3: Број умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема у болницу. Уписати укупан број лица умрлих од инфаркта миокарда у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине који су умрли у току првих 48 сати од пријема у болницу у наведеној години.

Колона 4: **Укупан број умрлих од инфаркта миокарда.** Уписати укупан број лица умрлих од инфаркта миокарда у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине у наведеној години.

Колона 5: **Број исписаних болесника са дијагнозом цереброваскуларног инсулта.** Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом цереброваскуларног инсулта у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине у наведеној години.

Колона 6: Број умрлих од цереброваскуларног инсулта у току првих 48 сати од пријема у болницу. Уписати укупан број лица умрлих од цереброваскуларног инсулта у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине који су умрли у току првих 48 сати од пријема у болницу у наведеној години.

Колона 7: **Укупан број умрлих од цереброваскуларног инсулта.** Уписати укупан број лица умрлих од цереброваскуларног инсулта у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) интернистичке гране медицине у наведеној години.

Колона 8: Стопа леталитета за инфаркт миокарда. Израчунати стопу леталитета за инфаркт миокарда за интернистичке гране медицине у наведеној години. *Израчунава се као број болесника умрлих од инфаркта миокарда (од I 21.0 до I 22.9 према МКБ 10) на одељењима интернистичких грана медицине (колона 4) подељен са бројем лечених од ове болести на тим одељењима (колона 2) и помножен са 100.*

Колона 9: Проценат умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема. Израчунати проценат умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема на одељење. *Израчунава се као број болесника умрлих од инфаркта миокарда (од I 21.0 до I 22.9 према МКБ 10) на одељењима интернистичких грана медицине у току првих 48 сати од пријема на та одељења (колона 3) подељен са бројем умрлих од ове болести на тим одељењима (колона 4) и помножен са 100.*

Колона 10: Стопа леталитета за цереброваскуларни инсулт. Израчунати стопу леталитета за цереброваскуларни инсулт за интернистичке гране медицине у наведеној години. *Израчунава се као број болесника умрлих од цереброваскуларног инсулта (I 60.X до I 64.X према МКБ 10) на одељењима интернистичких грана медицине (колона 7) подељен са бројем лечених од ове болести на тим одељењима (колона 5) и помножен са 100.*

Колона 11: Проценат умрлих од цереброваскуларног инсулта у току првих 48 сати од пријема. Израчунати проценат умрлих од цереброваскуларног инсулта у току првих 48 сати од пријема на одељење. *Израчунава се као број болесника умрлих од цереброваскуларног инсулта (I 60.X до I 64.X према МКБ 10) на одељењима интернистичких грана медицине у току првих 48 сати од пријема на та одељења (колона 6) подељен са бројем умрлих од ове болести на тим одељењима (колона 7) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4, 5, 6 и 7 сумирати податке за све организационе јединице/одељења. У поља која се односе на Стопу леталитета за инфаркт миокарда, Проценат умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема, Стопу леталитета за цереброваскуларни инсулт и Проценат умрлих од цереброваскуларног инсулта у току првих 48 сати од пријема (колоне 8, 9, 10 и 11) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О УМРЛИМ ОД ИНФАРКТА МИОКАРДА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНОГ ИНСУЛТА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица	Број исписаних болесника са дијагнозом инфаркта миокарда	Број умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема у болницу	Укупан број умрлих од инфаркта миокарда	Број исписаних болесника са дијагнозом церебро васкуларног инсулта	Број умрлих од цереброваскуларног инсулта у току првих 48 сати од пријема у болницу	Укупан број умрлих од церебро васкуларног инсулта	**Стопа леталитета за инфаркт миокарда**	**Проценат умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема у болницу**	**Стопа леталитета за церебро васкуларни инсулт**	**Проценат умрлих од церебро васкуларног инсулта у току првих 48 сати од пријема у болницу**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
УКУПНО											

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2в-интерна медицина

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ДУЖИНИ ЛЕЧЕЊА ПАЦИЈЕНАТА СА АКУТНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНИМ ИНСУЛТОМ

Извештај се води за сваку организациону јединицу нижег нивоа (одељења) интернистичких грана медицине.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Организациона јединица/одељење интернистичке гране медицине.** Уписује се назив **свих** организационих јединица/одељења из интернистичке гране медицине.

Колона 2: Број исписаних болесника са дијагнозом инфаркт миокарда. Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом инфаркт миокарда (од I 21.0 до I 22.9 према МКБ 10) у наведеном месецу, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 3: Број исписаних болесника са дијагнозом цереброваскуларни инсулт. Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом цереброваскуларни инсулт (I 60.X до I 64.X према МКБ 10) у наведеном месецу, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 4: Број дана болничког лечења за инфаркт миокарда. Уписати укупан број дана болничког лечења за пацијенте са дијагнозом инфаркт миокарда (од I 21.0 до I 22.9 према МКБ 10) у наведеном месецу, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 5: Број дана болничког лечења за цереброваскуларни инсулт. Уписати укупан број дана болничког лечења за пацијенте са дијагнозом цереброваскуларни инсулт (I 60.X до I 64.X према МКБ 10) у наведеном месецу, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лице одговорно за одређену грану медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ДУЖИНИ ЛЕЧЕЊА ПАЦИЈЕНАТА СА АКУТНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНИМ ИНСУЛТОМ

ЗА _____20_____год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу_____

Р. бр.	Организациона јединица / одељење интернистичке гране медицине	Број исписаних болесника са дијагнозом акутни инфаркт миокарда	Број исписаних болесника са дијагнозом цереброваскул. инсулт	Број дана болничког лечења за акутни инфаркт миокарда	Број дана болничког лечења за цереброваскул. инсулт
0	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
УКУПНО					

Извештај урадио/ла **_____**

Потпис и факсимил одговорног лица **_____**

Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2г-интерна медицина

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОЈ ДУЖИНИ ЛЕЧЕЊА ПАЦИЈЕНАТА СА АКУТНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНИМ ИНСУЛТОМ

Извештај се води за ниво интернистичких грана медицине и представља сумар извештаја са свих одељења/организационих јединица интернистичких грана медицине за наведену годину.

Напомена: Клинички центри достављају податке за сваки институт/клинику посебно а не за ниво целе установе тј. ниво клиничког центра.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Организациона јединица/одељење интерне гране медицине.** Уписује се назив **свих** организационих јединица/одељења из интернистичких грана медицине.

Колона 2: Број исписаних болесника са дијагнозом инфаркт миокарда Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом инфаркт миокарда (од I 21.0 до I 22.9 према МКБ 10) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 3: Број исписаних болесника са дијагнозом цереброваскуларни инсулт. Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом цереброваскуларни инсулт (I 60.X до I 64.X према МКБ 10) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 4: Број дана болничког лечења за инфаркт миокарда. Уписати укупан број дана болничког лечења за пацијенте са дијагнозом инфаркт миокарда (од I 21.0 до I 22.9 према МКБ 10) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 5: Број дана болничког лечења за цереброваскуларни инсулт. Уписати укупан број дана болничког лечења за пацијенте са дијагнозом цереброваскуларни инсулт (I 60.X до I 64.X према МКБ 10) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 6: Просечна дужина болничког лечења за инфаркт миокарда. Израчунати просечну дужину болничког лечења за пацијенте са дијагнозом инфаркт миокарда (од I 21.0 до I 22.9 према МКБ 10) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине**.** *Израчунава се као укупан број дана болничког лечења за пацијенте са дијагнозом инфаркт миокарда (колона 4) подељен бројем исписаних болесника са дијагнозом инфаркт миокарда (колона 2).*

Колона 7: Просечна дужина болничког лечења за цереброваскуларни инсулт. Израчунати просечну дужину болничког лечења за пацијенте са дијагнозом цереброваскуларни инсулт (I 60.X до I 64.X према МКБ 10) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине**.** *Израчунава се као укупан број дана болничког лечења за пацијенте са дијагнозом цереброваскуларни инсулт (колона 5) подељен бројем исписаних болесника са дијагнозом цереброваскуларни инсулт (колона 3).*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4, и 5 сумирати податке за све организационе јединице/одељења. У поља која се односе на Просечну дужину болничког лечења за инфаркт миокарда и Просечну дужину болничког лечења за цереброваскуларни инсулт (колоне 6 и 7) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОЈ ДУЖИНИ ЛЕЧЕЊА ПАЦИЈЕНАТА СА АКУТНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНИМ ИНСУЛТОМ
ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица / одељење интернистичке гране медицине	Број исписаних болесника са дијагнозом акутни инфаркт миокарда	Број исписаних болесника са дијагнозом цереброваскуларни инсулт	Број дана болничког лечења за акутни инфаркт миокарда	Број дана болничког лечења за цереброваскуларни инсулт	**Просечна дужина болничког лечења за акутни инфаркт миокарда**	**Просечна дужина болничког лечења за цереброваскуларни инсулт**
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
УКУПНО							

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР_____** **Датум_____**

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2д-интерна медицина

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА СА АИМ/ЦВИ ВРАЋЕНИХ У КОРОНАРНУ ЈЕДИНИЦУ/ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ И БРОЈУ ПОНОВНИХ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА

Извештај се води за сваку организациону јединицу нижег нивоа (одељења) интернистичких грана медицине.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Организациона јединица/одељење интерне гране медицине.** Уписује се назив **свих** организационих јединица/одељења из интернистичких грана медицине.

Колона 2: Број исписаних болесника са дијагнозом инфаркт миокарда Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом инфаркт миокарда (од I 21.0 до I 22.9 према МКБ 10) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 3: **Број пацијената са акутним инфарктом миокарада код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу у току хоспитализације.** Уписати укупан број пацијената са дијагнозом акутног инфаркта миокарада код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу у току хоспитализације

Колона 4: Број поновних хоспитализација пацијената са инфарктом миокарда у року од 30 дана од отпуста из болнице. Уписати број поновних хоспитализација пацијената са акутним инфарктом миокарда од I 21 до I 22 према МКБ - 10 у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом

Колона 5: Број исписаних болесника са дијагнозом цереброваскуларни инсулт. Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом цереброваскуларни инсулт (I 60.X до I 64.X према МКБ 10) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 6: Број пацијената са цереброваскуларним инсултом код којих је у току хоспитализације извршен поновни пријем на одељење интензивне неге. Уписати укупан Број пацијената са цереброваскуларним инсултом код којих је у току хоспитализације извршен поновни пријем на одељење интензивне неге

Колона 7: Број поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсултом у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом. Уписати укупан број поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсултом од I 60 до I 64 према МКБ - 10 у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".
На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.
Лице одговорно за одређену грану медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.
На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА СА АИМ/ЦВИ ВРАЋЕНИХ У КОРОНАРНУ ЈЕДИНИЦУ/ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ И БРОЈУ ПОНОВНИХ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА ЗА _____20_____год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица / одељење интернистичке гране медицине	Број исписаних болесника са дијагнозом инфаркт миокарда	Број пацијената са инфарктом миокарада враћених у коронарну јединицу	Број поновних хоспитализација пацијената са инфарктом миокарда у року од 30 дана од отпуста из болнице	Број исписаних болесника са дијагнозом цереброваскуларни инсулт	Број пацијената са цереброваскуларним инсултом враћених у интензивну негу	Број поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсултом у року од 30 дана од отпуста из болнице
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
УКУПНО							

Извештај урадио/ла_____Потпис и факсимил одговорног лица _____ Датум__ _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2ђ-интерна медицина

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА СА АИМ/ЦВИ ВРАЋЕНИХ У КОРОНАРНУ ЈЕДИНИЦУ/ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ И БРОЈУ ПОНОВНИХ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА

Извештај се води за ниво интернистичких грана медицине и представља сумар извештаја са свих одељења/организационих јединица интернистичких грана медицине за наведену годину.

Напомена: Клинички центри достављају податке за сваки институт/клинику посебно а не за ниво целе установе тј. ниво клиничког центра.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Организациона јединица/одељење интерне гране медицине.** Уписује се назив **свих** организационих јединица/одељења из интернистичких грана медицине.

Колона 2: Број исписаних болесника са дијагнозом инфаркт миокарда Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом инфаркт миокарда (од I 21.0 до I 22.9 према МКБ 10) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 3: **Број пацијената са акутним инфарктом миокарада код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу у току хоспитализације.** Уписати укупан број пацијената са дијагнозом акутног инфаркта миокарада код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу у току хоспитализације

Колона 4: Број поновних хоспитализација пацијената са инфарктом миокарда у року од 30 дана од отпуста из болнице. Уписати број поновних хоспитализација пацијената са акутним инфарктом миокарда од I 21 до I 22 према МКБ - 10 у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом

Колона 5: Број исписаних болесника са дијагнозом цереброваскуларни инсулт. Уписати укупан број исписаних болесника (укупан број лечених) са дијагнозом цереброваскуларни инсулт (I 60.X до I 64.X према МКБ 10) у наведеној години, појединачно по организационим јединицама/одељењима за интернистичке гране медицине.

Колона 6: Број пацијената са цереброваскуларним инсултом код којих је у току хоспитализације извршен поновни пријем на одељење интензивне неге. Уписати укупан Број пацијената са цереброваскуларним инсултом код којих је у току хоспитализације извршен поновни пријем на одељење интензивне неге

Колона 7: Број поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсултом у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом. Уписати укупан број поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсултом од I 60 до I 64 према МКБ - 10 у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом

Колона 8: Проценат пацијената са акутним инфарктом миокарада код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу. Израчунати проценат пацијената са акутним инфарктом миокарада код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу. *Израчунава*

се као број пацијената са акутним инфарктом миокарада код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу у току хоспитализације (колона 3) подељен са укупним бројем пацијената са акутним инфарктом миокарда од I 21 до I 22 према МКБ - 10 (колона 2) и помножен са 100.

Колона 9: Проценат пацијената са цереброваскуларним инсултом код којих је извршен поновни пријем у одељење интензивне неге. Израчунати проценат пацијената са цереброваскуларним инсултом код којих је извршен поновни пријем у одељење интензивне неге. *Израчунава се као број пацијената са цереброваскуларним инсултом код којих је у току хоспитализације извршен поновни пријем на одељење интензивне неге (колона 6) подељен укупним бројем пацијената са цереброваскуларним инсултом од I 60 X до I 64 X према МКБ - 10 (колона 5) и помножен са 100.*

Колона 10: Проценат поновних хоспитализација пацијената са акутним инфарктом миокарда у року од 30 дана од отпуста из болнице са овом дијагнозом. Израчунати проценат поновних хоспитализација пацијената са акутним инфарктом миокарда у року од 30 дана од отпуста из болнице са овом дијагнозом. *Израчунава се као број поновних хоспитализација пацијената са акутним инфарктом миокарда од I 21 до I 22 према МКБ - 10 у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом (колона 4) подељен са бројем исписаних пацијената од инфаркта миокарда у болници (колона 2) и помножен са 100.*

Колона 11: Проценат поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсултом у року од 30 дана од отпуста. Израчунати проценат поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсултом у року од 30 дана од отпуста. *Израчунава се као број поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсултом од I 60 до I 64 према МКБ - 10 у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом (колона 7) подељен бројем исписаних пацијената од цереброваскуларног инсулта у болници (колона 5) и помножен са 100.*

<u>РЕД УКУПНО</u>

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4, 5, 6 и 7 сумирати податке за све организационе јединице/одељења. У поља која се односе на Проценат пацијената са акутним инфарктом миокарада код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу, Проценат пацијената са цереброваскуларним инсултом код којих је извршен поновни пријем у интензивну негу, Проценат поновних хоспитализација пацијената са акутним инфарктом миокарда у року од 30 дана од отпуста и Проценат поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсултом у року од 30 дана од отпуста (колоне 8, 9, 10 и 11) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:*_____

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПАЦИЈЕНАТА СА АИМ/ЦВИ ВРАЋЕНИХ У КОРОНАРНУ ЈЕДИНИЦУ/ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ И БРОЈУ ПОНОВНИХ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица / одељење интернистичке гране медицине	Број исписаних болесника са дијагнозом АИМ	Број пацијената са АИМ враћених у коронарну јединицу	Број поновних хоспитализација пацијената са АИМ у року од 30 дана од отпуста из болнице	Број исписаних болесника са дијагнозом ЦВИ	Број пацијената са ЦВИ враћених у интензивну негу	Број поновних хоспитализација пацијената са ЦВИ у року од 30 дана од отпуста из болнице	**Проценат пацијената са АИМ код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу**	**Проценат пацијената са ЦВИ код којих је извршен поновни пријем у интензивну негу**	**Проценат поновних хоспитализација пацијената са АИМ у року од 30 дана од отпуста**	**Проценат поновних хоспитализација пацијената са ЦВИ у року од 30 дана од отпуста**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
УКУПНО											

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР** _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3а-хирургија

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПАЦИЈЕНТИМА КОЈИ СУ ДОБИЛИ СЕПСУ И КОЈИ СУ УМРЛИ У ТОКУ И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЈЕ

Извештај се води на нивоу сваке организационе јединице нижег нивоа (одељења) хируршке гране медицине. У извештај је потребно укључити и податке из дневних болница.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Организациона јединица/одељење хируршких грана медицине.** Уписује се назив **свих** организационих јединица/одељења из хируршких грана медицине.

Колона 2: Број исписаних оперисаних пацијената. Уписати укупан број исписаних оперисаних пацијената у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) хируршке гране медицине у наведеном месецу.

Колона 3: Број пацијената који су добили сепсу после операције. Уписати укупан број пацијената који су добили сепсу после операције у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) хируршке гране медицине у наведеном месецу.

Колона 4: Број умрлих свих оперисаних пацијената. Уписати укупан број пацијената који су умрли у току и после операције током хоспитализације у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) хируршке гране медицине у наведеном месецу.

Колона 5: Број умрлих пацијената после апендектомије. Уписати укупан број умрлих пацијената који су умрли у току и после операције апендектомије у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) хируршке гране медицине током хоспитализације у наведеном месецу.

Колона 6: Број умрлих пацијената после холецистектомије. Уписати укупан број умрлих пацијената који су умрли у току и после операције холецистектомије у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) хируршке гране медицине током хоспитализације у наведеном месецу.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лице одговорно за грану медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПАЦИЈЕНТИМА КОЈИ СУ ДОБИЛИ СЕПСУ И КОЈИ СУ УМРЛИ У ТОКУ И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЈЕ
ЗА _____20_____год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица	Број исписаних оперисаних пацијената	Број пацијената који су добили сепсу после операције	Број умрлих свих оперисаних пацијената	Број умрлих пацијената после апендектомије	Број умрлих пацијената после холецистектомије
0	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
УКУПНО						

Извештај урадио/ла_____

Потпис и факсимил одговорног лица _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3б-хирургија

ИЗВЕШТАЈ О ПАЦИЈЕНТИМА КОЈИ СУ ДОБИЛИ СЕПСУ И КОЈИ СУ УМРЛИ У ТОКУ И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЈЕ

Извештај се води за ниво хируршких грана медицине и представља сумар извештаја са свих одељења/организационих јединица хируршких грана медицине за наведену годину. У извештај је потребно укључити и податке из дневних болница

Напомена: Клинички центри достављају податке за сваки институт/клинику посебно а не за ниво целе установе тј. ниво клиничког центра.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Организациона јединица/одељење хируршких грана медицине. Уписује се назив свих организационих јединица/одељења из хируршких грана медицине **.**

Колона 2: Број исписаних оперисаних пацијената. Уписати укупан број исписаних оперисаних пацијената у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) хируршке гране медицине у наведеној години.

Колона 3: Број пацијената који су добили сепсу после операције. Уписати укупан број пацијената који су добили сепсу после операције у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) хируршке гране медицине у наведеној години.

Колона 4: Број умрлих свих оперисаних пацијената. Уписати укупан број пацијената који су умрли у току и после операције током хоспитализације у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) хируршке гране медицине у наведеној години.

Колона 5: Број умрлих пацијената после апендектомије. Уписати укупан број умрлих пацијената који су умрли у току и после операције апендектомије у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) хируршке гране медицине током хоспитализације у наведеној години.

Колона 6: Број умрлих пацијената после холецистектомије. Уписати укупан број умрлих пацијената који су умрли у току и после операције холецистектомије у организационој јединици нижег нивоа (одељењу) хируршке гране медицине током хоспитализације у наведеној години.

Колона 7: Стопа леталитета оперисаних пацијената. Израчунати стопу леталитета оперисаних пацијената. *Израчунава се као број умрлих свих оперисаних пацијената (колона 4) подељен са укупним бројем оперисаних (колона 2) и помножен са 100.*

Колона 8: Проценат пацијената који су добили сепсу после операције. Израчунати проценат пацијената који су умрли од сепсе коју су добили после операције. *Израчунава се као број пацијената који су добили сепсу после операције (колона 3) подељен бројем оперисаних пацијената (колона 2) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4, 5 и 6 сумирати податке за све организационе јединице/одељења. У поља која се односе на стопу леталитета оперисаних пацијената (колона 7) и проценат пацијената који су добили сепсу после операције (колона 8) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:*_____

ИЗВЕШТАЈ О ПАЦИЈЕНТИМА КОЈИ СУ ДОБИЛИ СЕПСУ И КОЈИ СУ УМРЛИ У ТОКУ И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЈЕ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица	Број исписаних оперисаних пацијената	Број пацијената који су добили сепсу после операције	Број умрлих свих оперисаних пацијената	**Број умрлих пацијената после апендектомије**	**Број умрлих пацијената после холецистектомије**	**Стопа леталитета оперисаних пацијената**	**Проценат пацијената који су добили сепсу после операције**
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
УКУПНО								

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР** _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3в-хирургија

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПРЕОПЕРАТИВНИХ ДАНА ЛЕЧЕЊА И ОПЕРИСАНИХ ПАЦИЈЕНАТА

Подаци потребни за образац 3в-хирургија се воде на нивоу сваке организационе јединице нижег нивоа/одељења, континуирано током целог месеца (односи се само на хируршке гране). У извештај је потребно укључити и податке из дневних болнице. Прикупљени подаци се затим обједињују у обрасцу 3г-хирургија за ниво здравствене установе.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Организациона јединица/одељење.** Уписује се назив свих организационих јединица/одељења (хируршке гране).

Колона 2: **Број хируршких интервенција обављених у хируршким салама.** Уписати укупан број хируршких интервенција обављених у хируршким салама за посматрани месец, појединачно по организационим јединицама/одељењима.

Колона 3: Број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији Уписати укупан број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији за посматрани месец, појединачно по организационим јединицама/одељењима.

Напомена: У овај број урачунати операције у општој, регионалној и локалној анестезији, али само оне које су обављене у хируршкој сали.

Колона 4: Број преоперативних дана лечења за све хируршке интервенције обављене у хирушким салама. Уписати укупан број преоперативних дана лечења за све хируршке интервенције обављене у хируршким салама за посматрани месец, појединачно по организационим јединицама/одељењима.

Напомена: Ако је пацијент боравио у дневној болници број преоперативних дана лечења износи нула.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лице одговорно за грану медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПРЕОПЕРАТИВНИХ ДАНА ЛЕЧЕЊА И ОПЕРИСАНИХ ПАЦИЈЕНАТА ЗА_____ 20___год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица/одељење	Број хируршких интервенција обављених у хируршким салама	Број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији	Број преоперативних дана лечења за све хируршке интервенције обављене у хируршким салама
0	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
УКУПНО				

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил одговорног лица _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3г-хирургија

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОМ БРОЈУ ПРЕОПЕРАТИВНИХ ДАНА ЛЕЧЕЊА И ОПЕРИСАНИХ ПАЦИЈЕНАТА ПО ХИРУРГУ

Извештај се води за ниво целе здравствене установе и представља сумар извештаја из свих организационих јединица нижег нивоа/одељења по месецима. У извештај је потребно укључити и податке из дневних болница. У извештај се уносе сумирани подаци из реда "укупно" месечних извештаја о броју преоперативних дана лечења и оперисаних пацијената – обрасци 3в.

Напомена: Клинички центри достављају податке за сваки институт/клинику посебно а не за ниво целе установе тј. ниво клиничког центра.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: **Број хируршких интервенција обављених у хируршким салама.** Уписати укупан број хируршких интервенција обављених у хируршким салама у наведеној години, сумарно за све организационе јединице/одељења.

Колона 2: Број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији. Уписати укупан број оперисаних пацијената у општој регионалној и локалној анестезији у наведеној години, сумарно за све организационе јединице/одељења.

Напомена: У овај број урачунати операције у општој, регионалној и локалној анестезији, али само оне које су обављене у хируршкој сали.

Колона 3: Број преоперативних дана лечења за све хируршке интервенције обављене у хируршким салама. Уписати укупан број преоперативних дана лечења за све хируршке интервенције обављене у хируршким салама у наведеној години, сумарно за све организационе јединице/одељења.

Напомена: Ако је пацијент боравио у дневној болници број преоперативних дана лечења износи нула.

Колона 4: Број лекара укључених у оперативни програм. Уписати еквивалент пуног радног времена (FTE) лекара укључених у оперативни програм сумарно за све организационе јединице/одељења у наведеној години.
Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолошког упутства.

Колона 5: Просечан број преоперативних дана лечења. Израчунати просечан број преоперативних дана лечења у наведеној години за ниво здравствене установе.
Израчунава се као укупан број преоперативних дана лечења за све хируршке интервенције обављене у хируршким салама (колона 3) подељен бројем хируршких интервенција обављених у хируршким салама (колона 1).

Колона 6: Просечан број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу. Израчунати просечан број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу.
Израчунава се као број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији (колона 2) подељен са бројем хирурга укључених у оперативни програм здравствене установе (колона 4).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:*_____

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОМ БРОЈУ ПРЕОПЕРАТИВНИХ ДАНА ЛЕЧЕЊА И ОПЕРИСАНИХ ПАЦИЈЕНАТА ПО ХИРУРГУ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број хируршких интервенција обављених у хируршким салама	Број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији	Број преоперативних дана лечења за све хируршке интервенције обављене у хируршким салама	Број лекара укључених у оперативни програм	**Просечан број преоперативних дана лечења**	**Просечан број оперисаних пацијената општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу**
1	2	3	4	5	6

Извештај урадио/ла _____ **ДИРЕКТОР** _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4а-гинекологија

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПОРОЂАЈА ОБАВЉЕНИХ ЦАРСКОМ РЕЗОМ, У ЕПИДУРАЛНОЈ АНЕСТЕЗИЈИ И ПОРОЂАЈА ОБАВЉЕНИХ УЗ ПРИСУСТВО ПАРТНЕРА ИЛИ ЧЛАНА ПОРОДИЦЕ

Ову табелу попуњавају гинеколошка и акушерска одељења болница. Табела је идентична за евиденцију на месечном нивоу као и за одређени период.

Институту/заводу за јавно здравље се доставља годишњи извештај.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број порођаја. Уписати укупан број порођаја обављених у наведеној години на одељењима гинекологије и акушерства.

Колона 2: **Број порођаја обављених царским резом.** Уписати укупан број порођаја обављених царским резом у наведеној години на одељењима гинекологије и акушерства.

Колона 3: Број порођаја обављених у епидуралној анестезији Уписати број порођаја обављених у епидуралној анестезији у наведеној години на одељењима гинекологије и акушерства.
Колона 4: Број порођаја уз присуство партнера. Уписати број порођаја обављених уз присуство партнера или члана породице породиље.

Колона 5: Проценат порођаја обављених царским резом. Израчунати проценат порођаја обављених царским резом. *Израчунава се као број порођаја обављених царским резом (колона 2) подељен са укупним бројем порођаја (колона 1) и помножен са 100.*

Колона 6: Проценат порођаја у епидуралној анестезији. Израчунати проценат порођаја у епидуралној анестезији. *Израчунава се као број порођаја обављених у епидуралној анестезији (колона 3) подељен са укупним бројем порођаја (колона 1) и помножен са 100.*

Колона 7: Проценат порођаја уз присуство партнера. Израчунати проценат порођаја уз присуство партнера. *Израчунава се као број порођаја обављених уз присуство партнера или члана породице породиље (колона 4) подељен са укупним бројем порођаја (колона 1) и помножен са 100.*

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПОРОЂАЈА ОБАВЉЕНИХ ЦАРСКОМ РЕЗОМ, У ЕПИДУРАЛНОЈ АНЕСТЕЗИЈИ И ПОРОЂАЈА ОБАВЉЕНИХ УЗ ПРИСУСТВО ПАРТНЕРА ИЛИ ЧЛАНА ПОРОДИЦЕ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе_____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број порођаја	Број порођаја обављених царским резом	Број порођаја у епидуралној анестезији	Број порођаја уз присуство партнера	**Проценат порођаја обављених царским резом**	**Проценат порођаја у епидуралној анестезији**	**Проценат порођаја уз присуство партнера**
1	2	3	4	5	6	7

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР **_____** **Датум_____**

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4б-гинекологија
ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПОРОДИЉА И НОВОРОЂЕНЧАДИ
КОЈИ СУ ИМАЛИ ПОВРЕДУ ТОКОМ ПОРОЂАЈА И РАЂАЊА
И ПРОСЕЧНОЈ ДУЖИНИ ЛЕЖАЊА ЗА НОРМАЛАН ПОРОЂАЈ

Ову табелу попуњавају гинеколошка и акушерска одељења болница. Табела је идентична за евиденцију на месечном нивоу као и за одређени период.

Институту/заводу за јавно здравље се доставља годишњи извештај.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Укупан број породиља. Уписати укупан број породиља које су се породиле на у болници у наведеној години

Колона 2: Број породиља које су имале нормални порођај. Уписати укупан број породиља које су се породиле природним путем (од О 80.0 до О 80.9 према МКБ -10) у болници у наведеној години

Колона 3: Број породиља које су имале повреду при порођају. Уписати укупан број породиља које су имале неку повреду (О70 - О71 према МКБ 10) приликом порођаја у болници у наведеној години

Колона 4: Број дана лежања породиља које су имале нормалан порођај. Упасати број број дана хоспитализације породиља које су имале нормалан порођај (од О 80.0 до О 80.9 према МКБ -10)

Колона 5: Укупан број новорођенчади. Уписати укупан број новорођенчади који су се родили у болници у наведеној години

Колона 6: Број новорођенчади који су имали повреду при рађању. Уписати број новорођенчади која су имала повреду насталу при рађању (Р10 - Р15 према МКБ 10) у болници у наведеној години

Колона 7: Проценат породиља које су имале повреду при порођају. Израчунати проценат породиља које су имале повреду при порођају**.** *Израчунава се се као број породиља које су имале повреду насталу при порођају О70 - О71 према МКБ 10 (колона 3) подељен са укупним бројем породиља (колона 1) помножен са 100.*

Колона 8: Проценат новорођенчади који су имли повреду при рађању. Израчунати проценат новорођенчади који су имли повреду при рађању. *Израчунава се се као број новорођенчади која су имала повреду насталу при рађању Р10 - Р15 према МКБ 10 (колона 6) подељен са укупним бројем новорођенчади (колона 5) и помножен са 100.*

Колона 9: Просечна дужина лежања у болници за нормалан порођај. Израчунати просечну дужину лежања у болници за нормалан порођај. *Израчунава се као број дана хоспитализације породиља које су имале нормалан порођај од О 80.0 до О 80.9 према МКБ -10 (колона 4) подељен са бројем тих породиља (колона 2).*

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.
Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.
На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПОРОДИЉА И НОВОРОЂЕНЧАДИ КОЈИ СУ ИМАЛИ ПОВРЕДУ ТОКОМ ПОРОЂАЈА И РАЂАЊА И ПРОСЕЧНОЈ ДУЖИНИ ЛЕЖАЊА ЗА НОРМАЛАН ПОРОЂАЈ ЗА _____ГОДИНУ

Укупан број породиља	Број породиља које су имале нормални порођај	Број породиља које су имале повреду при порођају	Број дана лежања породиља које су имале нормалан порођај	Укупан број новорођенчади	Број новорођенчади који су имали повреду при рађању	**Проценат породиља које су имале повреду при порођају**	**Проценат новорођенчади који су имли повреду при рађању**	**Просечна дужина лежања у болници за нормалан порођај**
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Извештај урадио/ла _____ **ДИРЕКТОР _____** **Датум_____**

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4в-гинекологија

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ТРУДНИЦА/ПОРОДИЉА И НОВОРОЂЕНЧАДИ КОЈИ СУ УМРЛИ ТОКОМ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ И УКЉУЧЕНОСТИ ПОРОДИЛИШТА У ПРОГРАМ "БОЛНИЦА -ПРИЈАТЕЉ БЕБА"

Ову табелу попуњавају гинеколошка и акушерска одељења болница. Табела је идентична за евиденцију на месечном нивоу као и за одређени период.

Институту/заводу за јавно здравље се доставља годишњи извештај.

На предвиђеним линијама у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број трудница и породиља умрлих током хоспитализације. Уписати број трудница и породиља умрлих током хоспитализације у болници у наведеној години

Колона 2: Број живорођене деце умрле до отпуста из болнице Уписати број живорођене деце умрле до отпуста из болнице у наведеној години

Колона 3: Укљученост породилишта у програм „Болница пријатељ беба". Уписати са ДА или НЕ податак да ли је болница укључена у програм „Болница пријатељ беба".

Напомена:
Болница је „Baby friendly" i „Baby friendly +" ако се у њој примењују Уредба о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине („Сл. гласник РС", бр. 28/2009) и Стручно-методолошко упутство за спровођење Уредбе о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине у програмским целинама „Здравтсвена заштита жена у вези са планирањем трудноће и материнства", у специфичном циљу 1.1.3., а посебно у активностима 5 и 6, као и у програмској целини „Здравствена заштита новорођене деце" у специфичном циљу 2.1.1. активност 6.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ТРУДНИЦА/ПОРОДИЉА И НОВОРОЂЕНЧАДИ КОЈИ СУ УМРЛИ ТОКОМ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ И УКЉУЧЕНОСТИ ПОРОДИЛИШТА У ПРОГРАМ "БОЛНИЦА -ПРИЈАТЕЉ БЕБА" У_____ГОДИНИ

Број трудница и породиља умрлих током хоспитализације	**Број живорођене деце умрле до отпуста из болнице**	**Укљученост породилишта у програм „Болница пријатељ беба”**
1	2	3

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ Датум_____

V. УРГЕНТНА МЕДИЦИНА
(ПРИЈЕМ И ЗБРИЊАВАЊЕ ХИТНИХ И УРГЕНТНИХ СТАЊА У СЕКУНДАРНОЈ И ТЕРЦИЈАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ)

Показатељи квлитета рада Ургентне службе (поглавље V, члан 24. Правилника) се прате у здравственим установама које обављају здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу, које према својој унутрашњој организацији имају **Одељење** (центар или службу) **за пријем и збрињавање ургентних стања**, а према Правилнику о условима и начину унутрашње организације здравствених установа (Сл. гласник бр. 43/06):

- Опште болница
- Специјална болница за акутна стања и обољења
- Клиника
- Институт
- Клиничко болнички центар
- Клинички центар

Препоручени стандарди за ургентну службу јесу:

1. Најмање 90% пацијената који се јављају као хитни случајеви треба да буду прегледани и збринути у року од једног сата од момента јављања код дежурне сестре или лекара (тзв. «златни сат»).

2. Сви пацијенти који стигну на ургентно одељење биће процењени у року од 30 минута од доласка (а треба стремити циљу од 10 минута). Ову процену може да обави лекар или тријажна сестра која поседује одговарајућу обуку.

Као извор за прикупљање података о квалитету рада ургентне службе служе Протоколи болесника у које је потребно осим основних података о пацијенту, анамнезе, статуса, дијагнозе и терапије уписивати и време јављања пацијента на пријемни шалтер и време пријема у ординацију доктора и почетка збрињавања. Из Протокола болесника подаци за израчунавање показатеља се уносе у ***образац 1а***, који се води дневно, а подаци из *образца 1а* у ***образац 1б*** који се води на годишњем нивоу и у који се уписују подаци за сваки месец посебно.

Образац 1б и образац 1в се једном годишње достављају окружном заводу/институту за јавно здравље.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1а

**ДНЕВНИ ИЗВЕШТАЈ О ЗБРИНУТИМ ПАЦИЈЕНТИМА,
ДУЖИНИ ЧЕКАЊА НА ПРЕГЛЕД И
БРОЈУ КАРДИО-ПУЛМОНАЛНИХ РЕАНИМАЦИЈА**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати датум на који се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе/одељења.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Име и презиме пацијента**. Уписати име и презиме пацијента.

Колона 2: Време јављања на пријемни шалтер. Уписати тачно време (сат и минут) када се пацијент - или његова пратња - јавио на пријемни шалтер.

Колона 3: **Време пријема на преглед и обраду**. Уписати тачно време (сат и минут) када је пацијент примљен код доктора на преглед и даљу обраду.

Колона 4: **Дужина чекања на преглед (у минутима).** Уписати дужину чекања на преглед у минутима од момента јављања у здравствену установу (колона 2) до момента пријема код доктора (колона 3).

Колона 5: Број покушаних кардиопулмоналних реанимација. Уписати укупан број покушаних кардиопулмоналних реанимација за одређени датум.

Колона 6: Број успешних кардиопулмоналних реанимација. Уписати број успешно завршених кардиопулмоналних реанимација за одређени датум.

РЕД УКУПНО

Уписати укупну дужину чекања на преглед у минутима за све пацијенте (колона 4), број покушаних (колона 5) и број успешних кардиопулмоналних реанимација (колона 6) одређеног датума.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лице одговорно за Одељење (центар или службу) ургентне медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

**ДНЕВНИ ИЗВЕШТАЈ О ЗБРИНУТИМ ПАЦИЈЕНТИМА,
ДУЖИНИ ЧЕКАЊА НА ПРЕГЛЕД И
БРОЈУ КАРДИО-ПУЛМОНАЛНИХ РЕАНИМАЦИЈА ЗА
_____ (датум)**

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа/одељења_____

Р. бр.	Име и презиме пацијента	Време јављања на пријемни шалтер	Време пријема на преглед и обраду	Дужина чекања на преглед (у минутима)	Број покушаних кардио-пулмоналних реанимација	Број успешних кардио-пулмоналних реанимација
0	1	2	3	4	5	6
	УКУПНО					

Извештај сачинио/ла _____

Потпис и факсимил одговорног лица _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1б

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОЈ ДУЖИНИ ЧЕКАЊА НА ПРЕГЛЕД И УСПЕШНО СПРОВЕДЕНИМ КАРДИОПУЛМОНАЛНИМ РЕАНИМАЦИЈАМА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Месец. Означава месец у календарској години.

Колона 2: Број прегледаних пацијената. Уписати укупан број прегледаних пацијената за одређени месец.

Колона 3: Дужина чекања на преглед (у минутима). Уписати дужину чекања на преглед у минутима од момента јављања на пријемни шалтер здравствене установу до момента пријема код доктора за све пацијенте за одређени месец (добија се сумирањем података из свих *образаца 1а* за одређени месец; ред „укупно“ колона 4).

Колона 4: Број покушаних кардиопулмоналних реанимација. Уписати укупан број покушаних кардиопулмоналних реанимација за одређени месец (добија се сумирањем података из свих *образаца 1а* за одређени месец; ред „укупно“ колона 5).

Колона 5: Број успешних кардиопулмоналних реанимација. Уписати укупан број успешно завршених кардиопулмоналних реанимација за одређени месец (добија се сумирањем података из свих *образаца 1а* за одређени месец; ред „укупно“ колона 6).

Колона 6: Просечна дужина чекања на преглед (у минутима) Израчунати просечну дужину чекања на преглед и обраду. *Израчунава се као укупна дужина чекања на преглед и обраду код доктора од момента јављања на пријемни шалтер (колона 3) подељено са укупним бројем прегледаних пацијената за одређени месец (колона 2).*

Колона 7: Проценат успешних кардиопулмоналних реанимација Израчунати проценат успешних кардиопулмоналних реанимација. *Израчунава се као број успешних кардиопулмоналних реанимација (колона 5) подељен са бројем покушаних кардиопулмоналних реанимација (колона 4) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО
У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4 и 5 сумирати податке за све месеце. У поља која се односе на Просечну дужину чекања на преглед (у минутима) и Проценат успешних кардиопулмоналних реанимација (колоне 6 и 7) уписати израчунате показатеље за ниво установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПРОСЕЧНОЈ ДУЖИНИ ЧЕКАЊА НА ПРЕГЛЕД И УСПЕШНО СПРОВЕДЕНИМ КАРДИОПУЛМОНАЛНИМ РЕАНИМАЦИЈАМА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Месец	Број прегледаних пацијената	Дужина чекања на преглед (у минутима)	Број покушаних кардиопулмоналних реанимација	Број успешних кардиопулмоналних реанимација	**Просечна дужина чекања на преглед (у минутима)**	**Проценат успешних кардиопулмоналних реанимација**
0	1	2	3	4	5	6	7
1	Јануар						
2	Фебруар						
3	Март						
4	Април						
5	Мај						
6	Јун						
7	Јул						
8	Август						
9	Септембар						
10	Октобар						
11	Новембар						
12	Децембар						
УКУПНО							

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1в

ИЗВЕШТАЈ О ПОСТОЈАЊУ ПРОТОКОЛА ЗА ЗБРИЊАВАЊЕ ТЕШКИХ МУЛТИПЛИХ ТРАУМА У ПИСАНОЈ ФОРМИ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

У образац уписати (означити) одговарајући одговор:

Ако у Служби (центру) ургентне медицине постоји протокол за збрињавање тешких мултиплих траума у писаној форми означити са ДА, а ако у Служби (центру) ургентне медицине не постоји протокол за збрињавање тешких мултиплих траума у писаној форми означити са НЕ.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лице одговорно за Одељење (центар или службу) ургентне медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О ПОСТОЈАЊУ ПРОТОКОЛА ЗА ЗБРИЊАВАЊЕ ТЕШКИХ МУЛТИПЛИХ ТРАУМА У ПИСАНОЈ ФОРМИ ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Постојање протокола за збрињавање тешких мултиплих траума	Да	Не

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР_____ **Датум_____**

VI ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ВОЂЕЊА ЛИСТА ЧЕКАЊА

Листе чекања се воде за следеће интервенције и процедуре:

1. MR дијагностика - преглед ендокранијума и кичменог стуба
2. CT дијагностика ендокранијума и кичменог стуба
3. Коронарографија срца
4. Катетеризација срца
5. Реваскуларизација миокарда (PTCA са имплантацијом стента)
6. Реваскуларизација миокарда „Bypass хирургијом“
7. Уградња трајног вештачког водича срца (TVES)
8. Уградња кардиовертер дефибрилатора (ICD)
9. Уградња вештачких валвула
10. Уградња васкуларних графтова од вештачког материјала
11. Уградња ендоваскуларних протеза
12. Уградња ендопротезе кука
13. Уградња ендопротезе колена
14. Реконструкција лигамената колена
15. Уградња остеосинтетског материјала
16. Хируршка интервенција методом Илизарова
17. Инструментална сегментна корекција деформитета кичменог стуба код деце
18. Операција катаракте и уградња сочива

Показатељи квалитета вођења Листа чекања под редним бројем 1, 2 и 3 из члана 25. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите („Службени гласник РС“ бр. 49/10) прате се у општим болницама, клиничко-болничким центрима, институтима, клиникама и клиничким центрима чији је распоред утврђен Уредбом о плану мреже здравствених установа („Службени гласник РС“ бр. 42/06). Показатељи под редним бројем 3 и 4 (Проценат упутних дијагноза за компјутеризовану томографију ендокранијума подударних са налазом после обављене дијагностичке процедуре и Проценат упутних дијагноза за магнетну резонанцу ендокранијума са налазом после обављене дијагностичке процедуре) за сада се неће пратити.

У циљу обезбеђивања здравствене заштите под једнаким условима у оквиру активности у унапређењу квалитета рада, Републички завод за здравствено осигурање је дизајнирао јединствени софтверски програм за вођење Листа чекања у здравственим установама за горе наведене интервенције односно процедуре.

Листе чекања се електронским путем, након извршене контроле од стране окружних института/завода за јавно здравље, достављају месечно матичним филијалама Републичког завода за здравствено осигурање. Показатељи квалитета вођења Листа чекања, као и подаци потребни за израчунавање истих, се добијају преко дизајнираних извештајних образаца, а из програма за сваку интервенцију, односно процедуру. Здравствене установе које воде Листе чекања израчунавају показатеље из Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите на годишњем нивоу и извештајни **образац 1** достављају окружном институту/заводу за јавно здравље. Годишње збирне извештаје о показатељима квалитета вођења Листа чекања у здравственим установама свог округа, окружни институти/заводи за јавно здравље достављају Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и матичној филијали Републичког завода за здравствено осигурање.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА ВОЂЕЊА ЛИСТА ЧЕКАЊА

Извештај се води за ниво целе установе за све процедуре које се обављају у тој здравственој установи (укључујући и прегледе компјутеризованом томографијом и магнетном резонанцом) сумирањем података сваке организационе јединице (клиника, институт, или одељење). Подаци потребни за израду Извештаја се узимају из софтверског програма који се води за сваку интервенцију/процедуру у здравственој установи.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Шифра услуге. Уписати шифру услуге из Ценовника здравствених услуга РЗЗО-а.

Колона 2: Назив услуге. Уписати назив услуге из Ценовника здравствених услуга РЗЗО-а.

Колона 3: Број пацијената на Листи чекања на дан 31.12. Уписати број пацијената који се налазе на Листи чекања на дан 31.12. године за коју се креира извештај.

Колона 4: Број пацијената са Листе чекања којима је урађена интервенција/процедура. Уписати укупан број пацијената са Листе чекања којима је извршена интервенција/процедура у наведеној години. Овај податак се узима из софтверског програма.

Колона 5: Укупан број свих пацијената којима је урађена интервенција/процедура у здравственој установи. Уписати укупан број свих пацијената којима је урађена интервенција/процедура. Овај податак се узима из годишњег Извештаја одељења или организационе целине здравствене установе где је извршена одређена интервенција/процедура (број пацијената са листе чекања + број хоспитализованих пацијената + хитних пацијената).

Колона 6: Укупан број дана проведених на Листи чекања. Уписати збир броја дана проведених на Листи чекања до обављања одређене интервенције/процедуре за све пацијенте који су били на Листи чекања и којима је одређена интервенција/процедура урађена. Овај податак се узима из софтверског програма.

Колона 7: Број пацијената са Листе чекања који су скинути/обрисани са Листе чекања. Уписати укупан број пацијената са Листе чекања који су скинути/обрисани са Листе чекања, а којима није извршена интервенција/процедура у наведеној години (нпр. пацијенти који су одустали од интервенције/процедуре, интервенција/процедура обављена у некој другој установи, нису могли да буду пронађени, умрли...). Овај податак се узима из софтверског програма.

Колона 8: Број нових пацијената на Листи чекања. Уписати укупан број пацијената који су стављени на Листу чекања за одређену интервенцију/процедуру у наведеној години.

Колона 9: Проценат извршених интервенција/процедура са Листе чекања у односу на укупан број. Израчунати проценат извршених интервенција/процедура са Листе чекања у односу на укупан број урађених интервенција/процедура.
Израчунава се као број извршених интервенција/процедура пацијентима са Листе чекања (колона 4) подељен са бројем укупно извршених истих интервенција/процедура (колона 5) и помножен са 100.

Колона 10: Просечна дужина чекања. Израчунати просечну дужину чекања за извршену интервенцију/процедуру са листе чекања.
Израчунава се као укупан број дана проведених на Листи чекања свих пацијената до обављања одређене интервенције/процедуре (колона 6) подељен са бројем пацијената са Листе чекања којима је урађена иста интервенција/процедура (колона 4).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА ВОЂЕЊА ЛИСТА ЧЕКАЊА
ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Шифра услуге	Назив услуге	Број пацијената на Листи чекања на дан 31.12.	Број пацијената **са Листе чекања** којима је урађена интерв./ процедура	Укупан број **свих** пацијената којима је урађена интерв./ процедура у здрав. установи	Укупан број дана проведених на Листи чекања	Број пацијената са Листе чекања који су **скинути/ обрисани са Листе чекања**	**Број нових пацијената на Листи чекања**	**Проценат извршених интерв./ процедура са Листе чекања у односу на укупан број**	**Просечна дужина чекања**
0	1	2	3	4	5	6	7	**8**	**9**	**10**
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

VII БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА
(ЕВИДЕНЦИЈА НЕОЧЕКИВАНИХ ИНЦИДЕНАТА)

Члан 27.

Показатељи квалитета рада за област безбедност пацијента из члана 27. и 28. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите прате се за установу у целини. **Клинички центри прате показатеље безбедности на нивоу клиника и центара и тако извештавају.** Установе на примарном нивоу прате показатеље 1, 2 и 11. Установе секундарног и терцијарног нивоа прате све показатеље из члана 27. Здравствене установе - апотеке прате, поред показатеља из члана 27. тачке 1) и 2) и показатеље из члана 28.

Свака здравствена установа у обавези је да успостави формалне процедуре за регистровање нежељених догађаја и нежељених дејстава лекова. Једном годишње здравствена установа формира извештај о постојању протокола за евидентирање нежељених догађаја и нежељених дејстава лекова (*образац 1– безбедност*).

Евиденцију о броју падова и повреда пацијената, броју лежећих пацијената са декубиталним ранама, броју компликација услед давања анестезије, броју поновљених операција у истој регији, броју механичких оштећења услед хируршких интервенција, броју тромбоемболијских компликација, броју хируршких интервенција које су урађене на погрешном пацијенту, погрешној страни тела и погрешном органу и друге нежељене догађаје на одељењу води одељењска сестра и евидентира их у књизи евиденције нежељених догађаја.

Контрола стерилизације евидентира се у за то предвиђеном протоколу контроле стерилизације.

Евиденцију о броју свих болничких инфекција на јединици интезивне неге и броју пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације води сестра задужена за болничке инфекције и евидентира их у књизи евиденције болничких инфекција.

Месечна евиденција о инфекцијама оперативног места води се на нивоу сваког одељења у здравственој установи **(образац 5).** На крају извештајног периода подаци за свако одељење по месецима се сумирају и уносе у **образац 6** из кога се даље сумирају за ниво целе установе и уносе у **образац 7.**

Свака здравствена установа, након једногодишњег периода, израчунавањем показатеља за установу у целини, формира извештај и попуњене **обрасце 1, 2, 3, 4, 7 и 9** доставља окружном институту/заводу за јавно здравље. *Образац 6 се доставља Центру за контролу и превенцију болести – одељењу за превенцију и контролу заразних болести Института за јавно здравље Србије.*

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА У ОБЛАСТИ РЕГИСТРОВАЊА НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА И ДЕЈСТВА ЛЕКОВА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Односи се на назив процедуре/протокола.

Свака здравствена установа у обавези је да развије и води Протокол за регистровање нежељених догађаја. Протокол треба да садржи следеће податке:

- *Име и презиме пацијента;*
- *Упутну дијагнозу;*
- *Врсту нежељеног догађаја (под нежељеним догађајем се подразумева било која врста грешке, пропуста, инцидента, несрећног случаја или одступања од процедура или протокола, без обзира да ли је или није резултирало негативним исходом по пацијента, као што су падови и повреде настали током боравка у здравственој установи, појава декубиталних рана код лежећих пацијената, компликације настале услед давања анестезије, поновљене операције у истој регији, операције на погрешном пацијенту, погрешном органу или погрешној страни тела, механичка јатрогена оштећења настала приликом хируршке интервенције, тромбоемболијске компликације, појаву алергијске или друге посттрансфузијске реакције при давању крви или деривата крви, апсцес настао након интрамускуларног давања инјекције, апсцес настао након интравенског давања лека или раствора, поломљена игла током давања инјекције, нежељена рекција на лекове, грешке у администрацији приликом узимања података од пацијента, погрешно прописан лек....и други нежељени догађаји.);*
- *Датум и време када се нежељени догађај десио;*
- *Опис (околности у којима је нежељени догађај наступио, као и околности које су му претходиле);*
- *Исход нежељеног догађаја;*
- *Предузете активности на елиминацији узрока који су довели до нежељених догађаја.*

Протокол за регистровање нежељених дејстава лекова, као и образац за пријављивање нежељене реакције на лек је дефинисан Правилником о начину пријављивања, прикупљања и праћења нежељених реакција на лекове („Службени гласник РС“, бр. 99/06.)

Колона 1: Уколико здравствена установа има успостављене формалне процедуре за регистровање нежељених догађаја и/или нежељених дејстава лекова, као и описе процедура са извештајем, у ову колону за ред одређеног протокола уписује ДА. Уколико пак, здравствена установа, нема успостављене формалне процедуре за регистровање нежељених догађаја и/или нежељених дејстава лекова, као и описе процедура са извештајем, у ову колону за ред одређеног протокола уписује НЕ.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА У ОБЛАСТИ РЕГИСТРОВАЊА НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА И ДЕЈСТВА ЛЕКОВА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив процедуре/протокола	Успостављена
0	1
Нежељени догађај	
Нежељено дејство лекова	

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

ИЗВЕШТАЈ О ПАДОВИМА, ДЕКУБИТУСИМА И ТРОМБОЕМБОЛИЈСКИМ КОМПЛИКАЦИЈАМА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број исписаних пацијената. Уписати број исписаних пацијената у наведеној години

Колона 2: Број дана хоспитализације. Уписати број дана хоспитализације на свим одељењима у наведеној години

Колона 3: Број свих падова пацијената. Уписати укупан број падова пацијената који су настали током хоспитализације пацијента у наведеној години. *Податак се добија збрајањем броја свих регистрованих падова и повреда из Протокола за регистровање нежељених догађаја.*
Напомена: Евидентирати све падове пацијената без обзира на то да ли је дошло ди повређивања, као и на тежину евентуално настале повреде.

Колона 4: Број пацијената са декубитусима. Уписати укупан број пацијената код којих је током болничког лечења дошло до појаве декубитуса (L 89 према МКБ-10). *Податак се добија збрајањем броја свих регистрованих лежећих пацијената са декубиталним ранама из Протокола за регистровање нежељених догађаја.*
Напомена: Из извештаја се искључују пацијенти којима су на пријему у здравствену установу дијагностиковане декубиталне ране.

Колона 5: Број пацијената са тромбоемболијским компликацијама. Уписати укупан број пацијената са тромбоемболијским компликацијама (Т80.1 према МКБ-10). *Податак се добија збрајањем броја свих регистрованих тромбоемболијских компликација из Протокола за регистровање нежељених догађаја.*
Напомена: Под тромбоемболијским компликацијама се сматрају све тромбоемболијске компликације настале у току хоспитализације пацијента – болничке епизоде.

Колона 6: Стопа падова пацијената. Израчунати стопу падова пацијената **.** *Израчунава се као број свих падова пацијената насталих током хоспитализације у здравственој установи (колона 3) подељено са бројем дана хоспитализације у здравственој установи (колона 2) и помножен са 1000.*

Колона 7: Стопа пацијената са декубитусима. Израчунати стопу пацијената са декубитусима**.** *Израчунава се као број пацијената код којих је током болничког лечења дошло до појаве декубитуса (L 89 према МКБ-10) (колона 4) подељено са бројем исписаних пацијената (колона 1) помножен са 1000.*

Колона 8: Стопа тромбоемболијских компликација. Израчунати стопу тромбоемболијских компликација. *Израчунава се као број пацијената са тромбоемболијским компликацијама (Т80.1 према МКБ-10) (колона 5) подељен са бројем исписаних болесника (колона 1) помножен са 1000.*

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПАДОВИМА, ДЕКУБИТУСИМА И ТРОМБОЕМБОЛИЈСКИМ КОМПЛИКАЦИЈАМА ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив установе у саставу _____

Број исписаних пацијената	Број дана хоспитализације	Број свих падова пацијената	Број пацијената са декубитусима	Број пацијената са тромбоемболијским компликацијама	**Стопа падова пацијената**	**Стопа пацијената са декубитусима**	**Стопа тромбоемболијских компликација**
1	2	3	4	5	6	7	8

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА БЕЗБЕДНОСТИ У ХИРУРГИЈИ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број оперисаних пацијената. Уписати укупан број оперисаних пацијената у наведеној години.

Колона 2: Број хируршких интервенција. Уписати укупан број хируршких интервенција обављених у хируршким салама.

Колона 3: Уписати укупан број компликација код пацијената које су настале услед давања свих врста анестезије (T41.1, T41.2, T41.3, T41.4; T44; T88.2, T88.3, T88.4, T88.5, T88.6, T88.7; Y45; Y47; Y48; Y50.1; Y51.0, Y51.1, Y51.2, Y51.3; Y52; Y55.1, Y55.2; Y65.3, Y65.4; Y70.0, Y70.8 према МКБ-10) у здравственој установи у наведеној години. *Податак се добија збрајањем броја свих регистрованих компликација насталих услед давања анестезије из Протокола за регистровање нежељених догађаја.*

Колона 4: Број поновљених операција у истој регији. Уписати укупан број поновљених операција у истој регији у наведеној години. *Податак се добија збрајањем броја свих регистрованих поновљених операција у истој регији из Протокола за регистровање нежељених догађаја.*
Напомена: Под поновљеном операцијом у истој регији се сматра операција која је урађена истом пацијенту, по истој дијагнози у истој регији, у року од 30 дана од обављене операције.

Колона 5: Број механичких јатрогених оштећења услед хируршке интервенције. Уписати укупан број механичких јатрогених оштећења насталих услед хируршке интервенције у наведеној години. *Податак се добија збрајањем броја свих регистрованих механичких јатрогених оштећења насталих услед хируршке интервенције из Протокола за регистровање нежељених догађаја.*
Напомена: Под хируршком интервенцијом се подразумевају операције и друге хируршке интервенције рађене у хируршким салама.

Колона 6: Стопа компликација услед давања анестезије. Израчунати стопу компликација насталих услед давања анестезије у здравственој установи. *Израчунава се као број компликација код пацијената које су настале услед давања свих врста анестезије (T41.1, T41.2, T41.3, T41.4; T44; T88.2, T88.3, T88.4, T88.5, T88.6, T88.7; Y45; Y47; Y48; Y50.1; Y51.0, Y51.1, Y51.2, Y51.3; Y52; Y55.1, Y55.2; Y65.3, Y65.4; Y70.0, Y70.8 према МКБ-10) у здравственој установи (колона 3) подељено са бројем оперисаних пацијената (колона 1) помножен са 1000.*

Колона 7: Стопа поновљених операција у истој регији. Израчунати стопу поновљених операција у истој регији. *Израчунава се као број поновљених операција у истој регији (колона 4) подељен са бројем оперисаних пацијената (колона 1) и помножен са 1000*

Колона 8: Стопа механичких јатрогених оштећења код хируршке интервенције. Израчунати стопу механичких јатрогених оштећења насталих приликом хируршке интервенције. *Израчунава се као број механичких јатрогених оштећења (T81, Y60 - Y69 према МКБ X) насталих приликом*

хируршке интервенције обављене у хируршкој сали (колона 5) подељен са бројем хируршких интервенција обављених у хируршким салама (колона 2) и помножен са 1000.

Колона 9: Број хируршких интервенција које су урађене на погрешном пацијенту, погрешној страни тела и погрешном органу. Уписати апсолутни број интервенција које су урађене на погрешном пацијенту, погрешној страни тела и погрешном органу. *Податак се добија збрајањем броја интервенција које су урађене на погрешном пацијенту, погрешној страни тела и погрешном органу из Протокола за регистровање нежељених догађаја.*

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНАТА У ХИРУРГИЈИ ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив установе у саставу _____

Број оперисаних пацијената	Број хируршких интервенција	Број компликација услед давања анестезије	Број поновљених операција у истој регији	Број механичких јатрогених оштећења код хируршке интервенције	**Стопа компликација услед давања анестезије**	**Стопа поновљених операција у истој регији**	**Стопа механичких јатрогених оштећења код хируршке интервенције**	**Број хируршких интервенција које су урађене на погрешном пацијенту, погрешној страни тела и погрешном органу**
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА ЗА ОБЛАСТ СВИХ БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА НА ЈЕДИНИЦИ ИНТЕЗИВНЕ НЕГЕ НА СВИМ ОДЕЉЕЊИМА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Односи се на месец у години током извештајног периода када се врши надзор над болничким инфекцијама.
Напомена: Надзор се врши током целе године. Болнице које још увек нису успоставиле систем надзора над болничким инфекцијама, исти морају вршити бар три пута у току једне године. Надзор врши сестра задужена за болничке инфекције у болници у сарадњи са епидемиологом из окружног института/завода за јавно здравље.

Колона 1: Број хоспитализованих пацијената на јединици интезивне неге. Уписати укупан број хоспитализованих пацијената на јединици интезивне неге по месецима. *Податак се добија збрајањем броја хоспитализованих пацијената на јединици интезивне неге за сваки месец из историја болести за сва одељења интезивне неге у установи.*

Колона 2: Број свих болничких инфекција на јединици интезивне неге. Уписати укупан број болничких инфекција на јединици интезивне неге по месецима. *Податак се добија збрајањем броја регистрованих болничких инфекција за сваки месец из књига евиденције болничких инфекција, коју води сестра задужена за болничке инфекције, за сва одељења у установи.*
Напомена 1: Дефиниција болничких инфекција је дата у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут“ 1998.
Напомена 2: У обзир се узимају све болничке инфекције од могућих 13 локализација дефинисаних у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут“ 1998.

Колона 3: Стопа инциденције свих болничких инфекција на јединици интезивне неге. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.
Напомена: Показатељ се израчунава за сваки месец у току извештајног периода и на годишњем нивоу.

Показатељ за сваки месец се израчунава као број свих болничких инфекција на јединици интезивне неге (колона 2) за одређени месец подељен са бројем хоспитализованих пацијената на јединици интезивне неге (колона 1) за исти месец и помножен са 100.

Показатељ за установу на годишњем нивоу се израчунава као број свих болничких инфекција на јединици интезивне неге (ред укупно колона 2) подељен са бројем хоспитализованих пацијената на јединици интезивне неге (ред укупно колона 1) и помножен са 100.

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 1 и 2 сумирати податке за све месеце. У поља која се односе на Стопу инциденције свих болничких инфекција на јединици интезивне неге (колона 3) уписати израчунати показатељ на годишњем нивоу.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА ЗА ОБЛАСТ СВИХ БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА НА ЈЕДИНИЦИ ИНТЕЗИВНЕ НЕГЕ НА СВИМ ОДЕЉЕЊИМА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Месец	Број хоспитализованих пацијената на јединици и нтезивне неге	Број свих болничких инфекција на јединици интезивне неге	**Стопа инциденције свих болничких инфекција на јединици интезивне неге**
0	1	2	3
Јануар			
Фебруар			
Март			
Април			
Мај			
Јун			
Јул			
Август			
Септембар			
Октобар			
Новембар			
Децембар			
Укупно			

Извештај урадио/ла _____

Директор _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ИНФЕКЦИЈАМА ОПЕРАТИВНОГ МЕСТА

Евиденција се води на нивоу организационе јединице нижег нивоа/одељења.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати **месец и годину** на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/одељења.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Класа контаминације. Односи се на класу контаминације оперативног места – класа I, II, III и IV.
Напомена 1: Класе контаминације су дефинисане у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут“ ,1998.
Напомена 2: Уколико установа не може да раздваја операције по одређеним класама контаминације, у 5. ред „нераздвојене класе“ уписати укупан број операција са контаминацијом оперативног места и укупан број пацијената са инфекцијом оперативног места.

Колона 2: Број оперисаних пацијената одређене класе контаминације оперативног места. Уписати укупан број оперисаних пацијената са одређеном класом контаминације оперативног места у наведеном месецу. *Податак се добија збрајањем броја оперисаних пацијената одређене класе контаминације за одређени месец из протокола оперисаних или листе анестезије.*
Напомена: Дефиниција болничких инфекција је дата у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, 1998.

Колона 3: Број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације. Уписати укупан број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације у наведеном месецу. *Податак се добија збрајањем броја пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације из књиге евиденције болничких инфекција коју води сестра задужена за болничке инфекције.*
Напомена: Дефиниција болничких инфекција је дата у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, 1998.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колоне 2 и 3 и унети у ред „укупно“.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ИНФЕКЦИЈАМА ОПЕРАТИВНОГ МЕСТА

ЗА _____ 20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Ред. бр.	Класа контаминације оперативног места	Број оперисаних пацијената одређене класе контаминације оперативног места	Број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације
0	1	2	3
1	I		
2	II		
3	III		
4	IV		
5	*Нераздвојене класе*		
Укупно			

Извештај урадио/ла _____ **Датум** _____

Потпис и факсимил начелника службе_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 6

ИЗВЕШТАЈ О СТОПИ ИНЦИДЕНЦИЈЕ ИНФЕКЦИЈЕ ОПЕРАТИВНОГ МЕСТА

Извештај се води за ниво организационе јединице нижег нивоа/одељења.
Извештај се доставља Центру за контролу и превенцију болести – одељењу за превенцију и контролу заразних болести Института за јавно здравље Србије.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати **годину** на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/одељења.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Класа контаминације. Односи се на класу контаминације оперативног места – класа I, II, III и IV.
Напомена 1: Класе контаминације су дефинисане у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, 1998.

Напомена 2: Уколико установа не може да раздваја операције по одређеним класама контаминације, у 5. ред „нераздвојене класе“ уписати укупан број операција са контаминацијом оперативног места и укупан број пацијената са инфекцијом оперативног места.

Колона 2: Број оперисаних пацијената одређене класе контаминације. Уписати укупан број оперисаних пацијената одређене класе контаминације за одређено одељење у наведеној години. *Податак се добија збрајањем података из свих месечних евиденција о инфекцијама оперативног места за одређено одељење (образац 4).*
Напомена: Дефиниција болничких инфекција је дата у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, 1998.

Колона 3: Број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације. Уписати укупан број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације за одређено одељење у наведеној години. *Податак се добија збрајањем података из свих месечних евиденција о инфекцијама оперативног места за одређено одељење (образац 4).*
Напомена: Дефиниција болничких инфекција је дата у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, 1998.

Колона 4: Стопа инциденције инфекције оперативног места. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.
Напомена: Показатељ се израчунава појединачно за сваку класу контаминације и укупно за ниво одељења.

Показатељ за сваку класу контаминације се израчунава као број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације (колона 3) подељен са бројем оперисаних пацијената одређене класе контаминације оперативног места (колона 2) и помножен са 100.

Показатељ за ниво одељења се израчунава као број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације (ред укупно колона 3) подељен са бројем оперисаних пацијената одређене класе контаминације оперативног места (ред укупно колона 2) и помножен са 100.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колоне 2 и 3. У поље које се односи на Стопу инциденције инфекције оперативног места (колона 4) уписати израчунати показатељ за ниво одељења.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ИЗВЕШТАЈ О СТОПИ ИНЦИДЕНЦИЈЕ ИНФЕКЦИЈЕ ОПЕРАТИВНОГ МЕСТА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Ред. Бр.	Класа контаминације оперативног места	Број оперисаних пацијената одређене класе контаминације оперативног места	Број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације	**Стопа инциденције инфекције оперативног места**
0	1	2	3	4
1	I			
2	II			
3	III			
4	IV			
5	*Нераздвојене класе*			
Укупно				

Извештај урадио/ла _____ **Датум** _____

Потпис и факсимил начелника службе_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 7

ИЗВЕШТАЈ О СТОПИ ИНЦИДЕНЦИЈЕ ИНФЕКЦИЈЕ ОПЕРАТИВНОГ МЕСТА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Класа контаминације. Односи се на класу контаминације оперативног места – класа I, II, III и IV.
Напомена 1: Класе контаминације су дефинисане у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут , 1998.
Напомена 2: Уколико установа не може да раздваја операције по одређеним класама контаминације, у 5. ред „нераздвојене класе“ уписати укупан број операција са контаминацијом оперативног места и укупан број пацијената са инфекцијом оперативног места.

Колона 2: Број оперисаних пацијената одређене класе контаминације оперативног места. Уписати укупан број оперисаних пацијената одређене класе контаминације за установу у целини. *Податак се добија збрајањем података из свих извештаја о стопи инциденције инфекције оперативног места по одељењима за наведену годину (образац 5).*
Напомена: Дефиниција болничких инфекција је дата у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, 1998.

Колона 3: Број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације. Уписати укупан број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације за установу у целини. *Податак се добија збрајањем података из свих извештаја о стопи инциденције инфекције оперативног места по одељењима за наведену годину (образац 5).*
Напомена: Дефиниција болничких инфекција је дата у Приручнику 1. Дефиниције болничких инфекција, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, 1998.

Колона 4: Стопа инциденције инфекције оперативног места. Уписати податак који се добија израчунавањем показатеља.
Напомена: Показатељ се израчунава појединачно за сваку класу контаминације и укупно за ниво установе.

Показатељ за сваку класу контаминације се израчунава као број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације (колона 3) подељен са бројем оперисаних пацијената одређене класе контаминације оперативног места (колона 2) и помножен са 100.

Показатељ за ниво установе се израчунава као број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације (ред укупно колона 3) подељен са бројем оперисаних пацијената одређене класе контаминације оперативног места (ред укупно колона 2) и помножен са 100.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колоне 2 и 3. У поље које се односи на Стопу инциденције инфекције оперативног места (колона 4) уписати израчунати показатељ за ниво установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О СТОПИ ИНЦИДЕНЦИЈЕ ИНФЕКЦИЈЕ ОПЕРАТИВНОГ МЕСТА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Класа контаминације оперативног места	Број оперисаних пацијената одређене класе контаминације оперативног места	Број пацијената са инфекцијом оперативног места одређене класе контаминације	**Стопа инциденције инфекције оперативног места**
0	1	2	3	4
1	I			
2	II			
3	III			
4	IV			
5	*Нераздвојене класе*			
Укупно				

Извештај урадио/ла _____

Директор _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 8

ИЗВЕШТАЈ О БИОЛОШКОЈ КОНТРОЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ ПО МЕСЕЦИМА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Ознака аутоклава. Уписати ознаку аутоклава на начин како се води у инвентарским листама, као и назив одељења на коме се аутоклав налази.

Колоне 2 – 13: Назив месеца и датум контроле. Уписати датум контроле биолошке стерилизације у том месецу

Ред укупно: Уписати укупан број биолошких контрола стерилизације тог месеца.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ИЗВЕШТАЈ О БИОЛОШКОЈ КОНТРОЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ ПО МЕСЕЦИМА ЗА ____________ГОДИНУ

Назив здравствене установе ________________________________

Назив установе у саставу ________________________________

Ознака аутоклава	Јануар	Фебруар	Март	Април	Мај	Јуни	Јули	Август	Септембар	Октобар	Новембар	Децембар
	датум контроле	датум контроле	датум контроле	датум контроле	датум контроле	датум контроле	датум контроле	датум контроле	датум контроле	датум контроле	датум контроле	датум контроле
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Укупно												

Извештај урадио/ла ____________________ **Датум**_________ **Потпис и факсимил одговорног лица** ______________________

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 9

ИЗВЕШТАЈ О БИОЛОШКОЈ КОНТРОЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број биолошких контрола стерилизације. Уписати број биолошких контрола стерилизације у здравственој установи у одређеној години. Овај број се добија из сабирањем вредности из реда **Укупно** из образца 8.

Колона 2: Број аутоклава. Уписати укупан број аутоклава у здравственој установи

Колона 3: Просечан број контрола по аутоклаву. Израчунати и уписати просечан број контрола по аутоклаву. *Израчунава се као збир свих биолошких контрола стерилизације (колона 1) подељен са бројем аутоклава у здравственој установи (колона 2) подељен са 52 (број недеља у години).*

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О БИОЛОШКОЈ КОНТРОЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ
ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број биолошких контрола стерилизације	Број аутоклава	Просечан број контрола по аутоклаву
1	2	3

Извештај урадио/ла _____

Директор _____ **Датум** _____

Члан 28.

Поред показатеља из члана 27. тачке 1) и 2) Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите (»Службени гласник РС«, број 49/10), здравствене установе – апотеке прате и показатеље из члана 28.

Показатељи квалитета који се односе на безбедност пацијената из члана 28. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите (»Службени гласник РС«, број 49/10), прате се у установама које спроводе мере примарне здравствене заштите односно фармацеутску здравствену делатност у апотекама.

Подаци потребни за израчунавање показатеља прикупљају се у здравственим установама - апотекама и користе се за састављање извештаја на једногодишњем нивоу.

Подаци се групишу и приказују за све организационе јединице у саставу здравствене установе - апотеке (апотека, огранак апотеке и јединица за издавање готових лекова) и укупно за здравствену установу - апотеку у целини.

Евиденција из области безбедности пацијента у апотеци (обрасци 2, 4, 6) се води током непосредног рада са пацијентима, у свакој организационој јединици. На основу података из наведене евиденције састављају се годишњи извештаји, односно на крају сваке године подаци се уносе у обрасце 1, 3, 5 и 7 за сваку организациону јединицу и установу у целини, који се достављају окружном институту /заводу за јавно здравље.

Окружни институт/завод за јавно здравље прослеђује податке Институту за јавно здравље Србије «Др Милан Јовановић – Батут», који све податке везане за показатеље квалитета рада у области фармацеутске здравствене делатности – апотеке, доставља у извештајној форми Фармацеутском факултету Универзитета у Београду, Катедри за социјалну фармацију и фармацеутско законодавство.

Катедра за социјалну фармацију и фармацеутско законодавство, Фармацеутског факултета Универзитета у Београду, врши логичку контролу достављених података и о евентуалним изменама обавештава Институт за јавно здравље Србије, како би оне биле унете у базу података, а потом сачињава анализу и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

БРОЈ ПРИЈАВА НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА НА ЛЕК

На предвиђену линију у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе - апотеке. Уписати тачан назив здравствене установе - апотеке.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив организационе јединице. Уписати назив организационе јединице у саставу здравствене установе - апотеке.

Колона 2: Број пријава нежељене реакција на лек. Уписати број свих пријава нежељених реакција на лек у апотеци.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 чиме се добија податак о броју пријава нежељених реакција на лек за здравствену установу - апотеку у целини.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово/њено пуно име и презиме.

Директор здравствене установе-апотеке на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____*

БРОЈ ПРИЈАВА НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА НА ЛЕК

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број пријава нежељених реакција на лек
0	1	2
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА		

Назив показатеља: Број пријава нежељене реакције на лек.
Израчунавање: Извештава се као укупан број свих пријава нежељених реакција на лек у апотеци.

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ Датум_____

ЕВИДЕНЦИЈА О АДМИНИСТРАТИВНИМ ГРЕШКАМА НА РЕЦЕПТИМА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Назив организационе јединице _____

Ред. бр.	Датум	Шифра рецепта (серијски или редни број)	Име и презиме лекара	Опис грешке*	Име и презиме дипл.фарм./ маг.фарм.
0	1	2	3	4	5
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

*Код описа административне грешке користити термине који су овде дати: погрешан унос података о осигуранику, недостаје печат лекара и/или ЗУ, недостаје или погрешна шифра прописаног лека, исправке нису оверене печатом, недостаје датум прописивања лека. Ако грешка не може да се опише ни једним од овде датих термина, навести оригинално која је грешка.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

РЕЦЕПТИ СА АДМИНИСТРАТИВНОМ ГРЕШКОМ

На предвиђену линију у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе - апотеке. Уписати тачан назив здравствене установе - апотеке.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив организационе јединице. Уписати назив организационе јединице у саставу здравствене установе - апотеке.

Колона 2: Број рецепата са административном грешком. Уписати број рецепата са административном грешком - на основу евиденције о административним грешкама (образац 2).

Колона 3: Укупан број рецепата. Уписати број рецепата прописаних за лекове који су на Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци.

Колона 4: Проценат рецепата са административном грешком у односу на укупан број рецепата. Уписати израчунати показатељ. *Израчунава се као број рецепата са административном грешком (колона 2) подељен са укупним бројем рецепата (колона 3) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и 3. У поље које се односи на проценат рецепата са административном грешком (колона 4) уписати израчунати показатељ за ниво здравствене установе - апотеке у целини.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово/њено пуно име и презиме.

Директор здравствене установе-апотеке на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

РЕЦЕПТИ СА АДМИНИСТРАТИВНОМ ГРЕШКОМ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број рецепата са административном грешком*	Укупан број рецепата**	Проценат рецепата са административном грешком у односу на укупан број рецепата
0	1	2	3	4
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА				

*Број рецепата са административном грешком – на основу евиденције о административним грешкама (образац 2)
**Укупан број рецепата – број рецепата прописаних за лекове који су на Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања и издатих у апотеци

Назив показатеља: Проценат рецепата са административном грешком у односу на укупан број рецепата.
Израчунавање: Израчунава се као број рецепата са административном грешком подељен са укупним бројем рецепата и помножен са 100.

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ Датум_____

ЕВИДЕНЦИЈА О СТРУЧНИМ ГРЕШКАМА НА РЕЦЕПТИМА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Назив организационе јединице _____

Ред. бр.	Датум	Име и презиме пацијента	Шифра рецепта (серијски или редни број)	Име и презиме лекара, назив установе у којој је лек прописан	Опис грешке*	Предузете мере и активности	Име и презиме дипл.фарм./ маг.фарм.
0	1	2	3	4	5	6	7
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

*Опис стручне грешке: погрешно прописан лек, прекорачена максимална доза/концентарција лека која није правилно означена.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

БРОЈ РЕЦЕПАТА СА СТРУЧНОМ ГРЕШКОМ

На предвиђену линију у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе - апотеке. Уписати тачан назив здравствене установе - апотеке.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив организационе јединице. Уписати назив организационе јединице у саставу здравствене установе - апотеке.

Колона 2: Број рецепата са стручном грешком у прописивању лека. Уписати број рецепата са стручном грешком - на основу евиденције о стручним грешкама (образац 4).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 чиме се добија податак о броју рецепата са стручном грешком за здравствену установу - апотеку у целини.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово/њено пуно име и презиме.

Директор здравствене установе-апотеке на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

БРОЈ РЕЦЕПАТА СА СТРУЧНОМ ГРЕШКОМ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број рецепата са стручном грешком у прописивању лека*
0	1	2
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА		

*Број рецепата са стручном грешком - на основу евиденције о стручним грешкама (образац 4)

Назив показатеља: Број рецепата са стручном грешком у прописивању лека.
Израчунавање: Извештава се као укупан број рецепата са стручном грешком у прописивању лека, која се односила на погрешан лек или прекорачену максималну дозу лека која није правилно означена.

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

ЕВИДЕНЦИЈА О ПОГРЕШНО ИЗДАТИМ ЛЕКОВИМА НА РЕЦЕПТ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Назив организационе јединице _____

Ред. бр.	Датум	Име и презиме пацијента	Шифра рецепта (серијски или редни број)	Име и презиме фармацеута који је издао лек	Опис грешке	Предузете мере и активности	Потпис одговорног лица у апотеци (потврда да су мере спроведене)
0	1	2	3	4	5	6	7
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 7

БРОЈ ПОГРЕШНО ИЗДАТИХ ЛЕКОВА НА РЕЦЕПТ

На предвиђену линију у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе - апотеке. Уписати тачан назив здравствене установе - апотеке.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив организационе јединице. Уписати назив организационе јединице у саставу здравствене установе - апотеке.

Колона 2: Број погрешно издатих лекова на рецепт. Уписати број погрешно издатих лекова на рецепт - на основу евиденције о погрешно издатим лековима на рецепт (образац 6).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 чиме се добија податак о броју погрешно издатих лекова на рецепт за здравствену установу - апотеку у целини.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово/њено пуно име и презиме.

Директор здравствене установе-апотеке на коју се односи извештај потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

БРОЈ ПОГРЕШНО ИЗДАТИХ ЛЕКОВА НА РЕЦЕПТ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе - апотеке _____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број погрешно издатих лекова на рецепт*
0	1	2
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
УКУПНО ЗУ АПОТЕКА		

* Број погрешно издатих лекова на рецепт - на основу евиденције о погрешно издатим лековима на рецепт (образац 6)

Назив показатеља: Број погрешно издатих лекова на рецепт.
Израчунавање: Извештава се као укупан број лекова који су пацијенту погрешно издати на рецепт у апотеци.

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

VIII ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ КОЈА СЕ ОБАВЉА НА ВИШЕ НИВОА

1. Институти и заводи за јавно здравље

- **Просечан број едукација одржаних од стране здравствених радника и здравствених сарадника по запосленом**

На нивоу сваког института/завода за јавно здравље (у даљем тексту И/ЗЈЗ) прате се сви облици едукација чиме се евалуира активност везана за трансфер знања, доктрину и методолошке образце за рад здравствених радника/сарадника на нивоу И/ЗЈЗ, али и до нивоа свих здравствених установа, као и других сектора у друштву (образовање, социјална заштита, заједница). Извештавање се врши путем **обрасца 1** (који може послужити и за месечну евиденцију о броју организованих едукација) и који садржи израчунати показатељ. Образац 1 институти и заводи за јавно здравље достављају Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ОДРЖАНИХ ЕДУКАЦИЈА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Организациона јединица И/ЗЈЗ. Означава назив Центра/Одељења И/ЗЈЗ. Уколико у И/ЗЈЗ не постоје засебне организационе јединице као што су Промоција здравља, Анализа, планирање и организација здравствене заштите и Информатика и биостатистика, одржане едукације је потребно приказати засебно за наведене области рада.

Колона 2: Интерна едукација. Уписати број интерних едукација које су акредитоване од надлежне коморе здравствених радника које је одржао Центар/Одељење И/ЗЈЗ.

Колоне 3: Екстерна едукација. Уписати број екстерних едукација које су акредитоване од надлежне коморе здравствених радника које је одржао Центар/Одељење И/ЗЈЗ.

Колона 4: Укупно. Уписати укупан број одржаних акредитованих едукација, интерних и екстерних (збир података из колоне 2 и колоне 3).

Колона 5: Едукација едукатора. Уписати број едукација едукатора које је одржао Центар/Одељење И/ЗЈЗ.

Колона 6: Друге едукације. Уписати број свих других едукација које су одржали запослени у Центру/Одељењу И/ЗЈЗ.

Колона 7: Укупно све едукације. Уписати збир колоне 4, 5 и 6.

Колона 8: Број здравствених радника/сарадника. Уписати број здравствених радника и здравствених сарадника у Центру/Одељењу И/ЗЈЗ. Потребно је урачунати све запослене (одређено и неодређено време).

Колона 9: Просечан број едукација по запосленом. Израчунати просечан број едукација одржаних од стране здравствених радника и здравствених сарадника по запосленом. *Израчунава се као број едукација одржаних од стране здравствених радника и здравствених сарадника (колона 7) подељен са укупним бројем запослених здравствених радника и здравствених сарадника (колона 8).*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 сумирати податке. У пољу које се односе на просечан број едукација по запосленом (колона 9) уписати израчунати показатељ за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ОДРЖАНИХ ЕДУКАЦИЈА ЗА _____ ГОДИНУ

Р. бр.	Орг. јединица ИЈЗ/ЗЈЗ	Акредитоване едукације			Остале едукације		Укупан број едукација	Број здравствених радника/ сарадника	**Просечан број едукација по запосленом**
		Интерна едукација	Екстерна едукација	Укупно	Едукација едукатора	Друге едукације			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Промоција здавља								
2	Анализа, планирање и орг. здрав. заштите								
3	Информатика и биостатистика								
4	Контрола и превенција болести								
5	Хигијена и хумана екологија								
6	Микробиологија								
УКУПНО									

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

- **Проценат обележених датума по календару здравља**

На нивоу И/ЗЈЗ прати се обележавање датума из «Календара здравља» који се обавезно обележавају. Прате се скупови и догађаји у заједници које организују И/ЗЈЗ.
Извештавање се врши путем **обрасца 2** који се доставља Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

ИЗВЕШТАЈ О ОБЕЛЕЖЕНИМ ДАТУМИМА ПО КАЛЕНДАРУ ЗДРАВЉА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 0: Означава редни број.

Колона 1: Тема. Означава дефинисане датуме (Дане) из „Календара здравља“ које И/ЗЈЗ обавезно обележавају.

Колона 2: Манифестација у заједници. Уписати број манифестација у заједници одржаних по „Календару здравља“.
Под појмом манифестација у заједници подразумевају се сви скупови које организују стручњаци И/ЗЈЗ у сарадњи са представницима заједнице, као што су перформанси, базари здравља, трибине, карневали, представе, изложбе, а које се организују ван здравствене установе.

Колона 3: Конференција за штампу. Уписати број конференција за штампу које су одржали представници И/ЗЈЗ, према „Календару здравља“.

Колона 4: Медијски наступи (ТВ). Уписати број учествовања представника И/ЗЈЗ, у телевизијским емисијама чија је тема била обележавање одређеног датума из „Календара здравља“.

Колона 5: Медијски наступи (радио). Уписати број учествовања представника И/ЗЈЗ, у радио емисијама чија је тема била обележавање одређеног датума из „Календара здравља“.

Колона 6: Медијски наступи (писани). Уписати број чланака који су објављени у писаним медијима поводом обележавања одређеног датума из „Календара здравља“, а у којима су учествовали представници И/ЗЈЗ.

Колона 7: Број обележених датума по календару здравља. Уписати број 1 уколико је наведени датум из „Календара здравља“ обележен бар једном од наведених активности (из колона 2,3,4,5 и 6). Уколико је наведени датум обележен путем више различитих активности рачуна се као једно обележавање, односно уписује се број 1. Уколико наведени датум није обележен ниједном од наведених активности уписује се 0 (нула).

РЕД УКУПНО
Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

Проценат обележених датума по календару здравља
(Израчунава се као број обележених датума кроз манифестације и рад са медијима (ред укупно колона 7) подељен са 10 у случају института за јавно здравље и Градског завода за јавно здравље, Београд, односно са 6 у случају осталих завода за јавно здравље, и помножен са 100)

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ОБЕЛЕЖЕНИМ ДАТУМИМА ПО КАЛЕНДАРУ ЗДРАВЉА ЗА _____ ГОДИНУ

Редни број	ТЕМА	Манифестација у заједници	Рад са мас медијима				Број обележених датума по „Календару здравља“
			Конференција за штампу	Медијски наступи			
				ТВ	Радио	Писани	
0	1	2	3	4	5	6	7
1	Национални дан без дуванског дима						
2	Месец борбе против малигних болести						
3	Светски дан вода						
4	Светски дан здравља						
5	Недеља здравља уста и зуба						
6	Светски дан без дуванског дима						
7	Светска недеља дојења						
8	Светски дан срца						
9	Месец правилне исхране						
10	Светски дан борбе против ХИВ/АИДС						
Укупно							
Проценат обележених датума по календару здравља							

Извештај урадио/ла_____ ДИРЕКТОР_____ Датум_____

- **Број обележених осталих датума (ван календара здравља) кроз манифестације и рад са медијима**

На нивоу И/ЗЈЗ прати се обележавање и других датума ван „Календара здравља“ као скупови и манифестације у заједници које организују И/ЗЈЗ.
Извештавање се врши путем **обрасца 3** који се доставља Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

ИЗВЕШТАЈ О ОБЕЛЕЖЕНИМ ОСТАЛИМ ДАТУМИМА ВАН КАЛЕНДАРА ЗДРАВЉА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 0: Означава редни број.

Колона 1: Тема. Означава додатне Дане ван „Календара здравља“ које је И/ЗЈЗ обележио. Уписати назив Дана који је обележен.

Колона 2: Манифестација у заједници. Уписати број манифестација у заједници одржаних у оквиру Дана ван „Календара здравља“.
Под појмом манифестација у заједници подразумевају се сви скупови које организују стручњаци И/ЗЈЗ у сарадњи са представницима заједнице, као што су перформанси, базари здравља, трибине, карневали, представе, изложбе, а које се организују ван здравствене установе.

Колона 3: Конференција за штампу. Уписати број конференција за штампу које које су одржали представници И/ЗЈЗ, ван „Календара здравља“.

Колона 4: Медијски наступи (ТВ). Уписати број учествовања представника И/ЗЈЗ, у телевизијским емисијама чија је тема била обележавање одређеног датума ван „Календара здравља“.

Колона 5: Медијски наступи (радио). Уписати број учествовања представника И/ЗЈЗ, у радио емисијама чија је тема била обележавање одређеног датума ван „Календара здравља“.

Колона 6: Медијски наступи (писани). Уписати број чланака који су објављени у писаним медијима поводом обележавања одређеног датума ван „Календара здравља“, а у којима су учествовали представници И/ЗЈЗ.

Колона 7: Број обележених датума ван „Календара здравља“. Уписати број 1 за сваки наведени обележени Дан (датум) ван „Календара здравља“.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ОБЕЛЕЖЕНИМ ОСТАЛИМ ДАТУМИМА ВАН КАЛЕНДАРА ЗДРАВЉА ЗА _____ ГОДИНУ

Редни број	ТЕМА	Манифестација у заједници	Рад са мас медијима				Број обележених датума ван „Календара здравља“
			Конференција за штампу	Медијски наступи			
				ТВ	Радио	Писани	
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
Укупно							

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

- **Постојање ажуриране интернет презентације установе**
- **Доступност анализа здравственог стања становништва на интернет презентацији установе**
- **Доступност анализа показатеља квалитета рада на интернет презентацији установе**
- **Омогућена интерактивна комуникација запослених са корисницима на интернет презентацији здравствене установе**
- **Постојање саветовалишта за добровољно и поверљиво тестирање на ХИВ (ДПСТ)**

Извештавање се врши путем **обрасца 4** који се доставља Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ИЗВЕШТАЈ О ИНТЕРНЕТ ПРЕЗЕНТАЦИЈИ, ДОСТУПНОСТИ АНАЛИЗА И ПОСТОЈАЊУ САВЕТОВАЛИШТА ЗА ДПСТ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 1: Ажурирана интернет презентација. Уписује се број месеци у наведеној години у којима је ажурирана интернет презентација И/ЗЈЗ.
Уколико је интернет презентација била ажурирана сваког месеца, за годишњи извештајни период уписује се број 12, уколико није ажурирана ниједном у току тог периода уписује се 0.

Колона 2 : Омогућена интерактивна комуникација на интернет презентацији установе Уколико постоји могућност за интерактивну комуникацију запослених (одговорних лица/руководилаца) са корисницима, тј. за постављање питања и давање одговора, на интернет презентацији И/ЗЈЗ за претходну календарску годину уписује се број 1, а уколико не постоји, уписује се 0.

Колона 3: Доступна анализа здравственог стања. Уколико постоји анализа здравственог стања становништва на интернет презентацији И/ЗЈЗ за претходну календарску годину уписује се број 1, а уколико није урађена или је урађена а није постављена на интернет презентацију установе уписује се 0.
У анализи здравственог стања становништва користе се подаци рутинске статистике на бази којих се израчунавају индикатори витално-демографске ситуације, морбидитета, организације и рада ванболничке и болничке здравствене заштите и предлажу мере у односу на приоритетне здравствене проблеме и вулнерабилне категорије становништва.
Анализа за ниво округа садржи следеће:
- *Основни подаци о округу (територија, становништво, општине)*
- *Демографија (становништво по старости и полу, витални догађаји)*

- *Социоекономски профил (народни доходак, запосленост, незапосленост)*
- *Морбидитет и морталитет (водећи узроци оболевања и умирања, подаци о полно преносивим болестима)*
- *Подаци животне средине (квалитет пијаће воде)*
- *Подаци о имунизацији*
- *Подаци о кадровима запосленим у здравственим установама округа*
- *Коришћење и рад установа примарне здравствене заштите (по службама)*
- *Коришћење и рад стационарних здравствених установа (по одељењима)*

Колона 4: Доступна анализа показатеља квалитета здравствене заштите. Уколико постоји анализа показатеља квалитета здравствене заштите на интернет презентацији И/ЗЈЗ за претходни извештајни период уписује се број 1, а уколико није урађена или је урађена а није постављена на интернет презентацију установе уписује се 0.
Потребно је да анализа садржи показатеље квалитета здравствене заштите свих здравствених установа на територији коју покрива институт/завод за јавно здравље.

Колона 5: Постојање саветовалишта за добровољно и поверљиво тестирање на ХИВ (ДПСТ). Уколико постоји организовано саветовалиште за добровољно и поверљиво тестирање на ХИВ (ДПСТ) у И/ЗЈЗ уписује се број 1, а уколико не постоји, уписује се 0.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О АЖУРИРАНОЈ ИНТЕРНЕТ ПРЕЗЕНТАЦИЈИ, ДОСТУПНОСТИ АНАЛИЗЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СТАНОВНИШТВА И АНАЛИЗЕ ПОКАЗАТЕЉА КВАЛИТЕТА РАДА

ЗА _____ ГОДИНУ

Ажурирана интернет презентација	**Омогућена интерактивна комуникација**	**Доступна анализа здравственог стања**	**Доступна анализа показатеља квалитета здравствене заштите**	**Постојање саветовалишта за ДПСТ**
1	2	3	4	5

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР _____ Датум_____

- **Број месеци спровођења надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције**

Надзор се врши најкраће 1 месец на бар једном од 4 наведена одељења са високим ризиком за настанак болничких инфекција: 1) хирургија; 2) клиника/одељење хируршких грана (урологија, ортопедија, одељење жена порођених царским резом, ОРЛ, офталмологија); 3) неонатологија; 4) јединица интензивне неге (хируршке, интернистичке, мешовите)

- **Број одељења на којима је извршен епидемиолошки надзор над болничким инфекцијама путем преваленције**

У циљу израчунавања показатеља квалитета рада под тачком 7 члана 29. Правилника, И/ЗЈЗ води месечну евиденцију о надзору над болничким инфекцијама праћењем инциденције и то по одељењима здравствене установе у којој је надзор организован (**Образац 5**). Образац 5 се попуњава за свако одељење на коме је организован надзор над болничким инфекцијама.

У циљу израчунавања показатеља квалитета рада под тачком 8 члана 29. Правилника, И/ЗЈЗ води евиденцију о надзору над болничким инфекцијама путем преваленције и то по одељењима здравствене установе у којој је надзор организован (**Образац 6**).

На основу прикупљених података из образаца 5 по одељењима и обрасца 6, попуњава се **образац 7** за ниво целе здравствене установе и израчунавају се показатељи који се уносе у **образац 8.** Институти и заводи за јавно здравље достављају **образац 8** Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

Напомена: обрасци 5, 6, 7 и 8 *се једном годишње достављају Центру за превенцију и контролу болести Института за јавно здравље Србије за потребе Извештаја о болничким инфекцијама.*

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

ИЗВЕШТАЈ О НАДЗОРУ НАД БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА ПРАЋЕЊЕМ ИНЦИДЕНЦИЈЕ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе/установе у саставу у којој се спроводи надзор. Уписати тачан назив здравствене установе/установе у саставу.
Назив одељења на коме се спроводи надзор. Уписати тачан назив организационе јединице/одељења здравствене установе на којем се спроводи надзор.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Месец**. Означава месец у посматраном периоду.

Колона 2: Број хоспитализованих пацијената. Уписати број пацијената који су хоспитализовани на одељењу на које се извештај односи за посматрани месец.

Колона 3: Дужина хоспитализације пацијената (у данима). Уписати број дана болничког лечења за све хоспитализоване пацијенте на одељењу на које се извештај односи за посматрани месец.

Колона 4: Број пацијената са болничким инфекцијама. Уписати број пацијената са најмање једном болничком инфекцијом на одељењу на које се извештај односи за посматрани месец.

Колона 5: Број болничких инфекција. Уписати укупан број болничких инфекција на одељењу на које се извештај односи за посматрани месец.

Колона 6: Стопа инциденције пацијената са болничким инфекцијама. Израчунати стопу инциденције пацијената са болничким инфекцијама на одељењу на које се извештај односи за посматрани месец. *Израчунава се као број пацијената са болничким инфекцијама (колона 4) подељен са бројем хоспитализованих пацијената (колона 2) помножен са 100.*

Колона 7: Стопа инциденције болничких инфекција. Израчунати стопу инциденције болничких инфекција на одељењу на које се извештај односи за посматрани месец. *Израчунава се као број болничких инфекција (колона 5) подељен са бројем хоспитализованих пацијената (колона 2) помножен са 100.*

Колона 8: Стопа инциденције болничких инфекција (на 1000 пацијената-дана хоспитализације). Израчунати стопу инциденције болничких инфекција (на 1000 пацијената-дана хоспитализације) на одељењу на које се извештај односи за посматрани месец.
Израчунава се као број болничких инфекција (колона 5) подељен са дужином хоспитализације пацијената у данима (колона 3) и помножен са 1000.

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 4, и 5 сумирати податке за све месеце. У поља која се односе на Стопу инциденције пацијената са болничким инфекцијама, Стопу инциденције болничких инфекција и Стопу инциденције болничких инфекција (на 1000 пацијената-дана хоспитализације) (колоне 6, 7 и 8) уписати израчунате показатеље за одељење на које се извештај односи на годишњем нивоу.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац одељења на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца одељења.

ИЗВЕШТАЈ О НАДЗОРУ НАД БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА ПРАЋЕЊЕМ ИНЦИДЕНЦИЈЕ ЗА _____ГОДИНУ

Институт/завод за јавно здравље _____

Здравствена установа/установа у саставу у којој се спроводи надзор _____

Одељење на којем се спроводи надзор _____

Ред.бр.	Месец	Број хоспитализованих пацијената	Дужина хоспитализације пацијената (у данима)	Број пацијената са болничким инфекцијама	Број болничких инфекција	**Стопа инциденције пацијената са болничким инфекцијама**	**Стопа инциденције болничких инфекција**	**Стопа инциденције болничких инфекција (на 1000 пацијената-дана хоспитализације)**
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Јануар							
2	Фебруар							
3	Март							
4	Април							
5	Мај							
6	Јуни							
7	Јули							
8	Август							
9	Септембар							
10	Октобар							
11	Новембар							
12	Децембар							
Укупно								

Извештај урадио/ла _____ **Потпис и факсимил начелника одељења** _____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 6

ИЗВЕШТАЈ О НАДЗОРУ НАД БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА ПУТЕМ ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе/установе у саставу у којој се спроводи надзор. Уписати тачан назив здравствене установе/установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Одељење. Означава назив одељења здравствене установе на коме је вршен надзор над болничким инфекцијама путем преваленције. Уколико је на једном истом одељењу вршен надзор путем преваленције више пута у току године, за сваки извршени надзор попунити посебно образац бр. 6.

Колона 2: Број хоспитализованих пацијената. Уписати број пацијената који су хоспитализовани на одређеном одељењу у тренутку извођења надзора.

Колона 3: Број пацијената са болничким инфекцијама. Уписати број пацијената са најмање једном болничком инфекцијом у тренутку извођења надзора.

Колона 4: Број болничких инфекција. Уписати укупан број болничких инфекција у тренутку извођења надзора.

Колона 5: Преваленција пацијената са болничким инфекцијама. Израчунати преваленцију пацијената са болничким инфекцијама у тренутку извођења надзора. *Израчунава се као број пацијената са најмање једном болничком инфекцијом (колона 3) подељен са бројем хоспитализованих пацијената (колона 2) помножен са 100.*

Колона 6: Преваленција болничких инфекција. Израчунати преваленцију болничких инфекција. *Израчунава се као број болничких инфекција (колона 4) подељен са бројем хоспитализованих пацијената (колона 2) помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, и 4 сумирати податке за сва одељења. У поља која се односе на Преваленцију пацијената са болничким инфекцијама и Преваленцију болничких инфекција (колоне 5 и 6) уписати израчунате показатеље за ниво установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ИЗВЕШТАЈ О НАДЗОРУ НАД БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА ПУТЕМ ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ
ЗА _____ГОДИНУ

Институт/завод за јавно здравље _____

Здравствена установа/установа у саставу у којој се спроводи надзор _____

Ред. бр.	Одељење	Број хоспитализованих пацијената	Број пацијената са болничким инфекцијама	Број болничких инфекција	**Преваленција пацијената са болничким инфекцијама**	**Преваленција болничких инфекција**
0	1	2	3	4	5	6
1	Интерна медицина					
2	Пнеумофтизиологија					
3	**Хирургија**					
4	**Ортопедија**					
5	**Интезивна нега**					
6	**Урологија**					
7	**Гинеколгија/акушерство**					
8	**Неонатологија**					
9	Педијатрија					
10	**ОРЛ**					
11	**Офталмологија**					
12	Неуропсихијатрија					
13	Дерматологија					
14	Остало					
Укупно						

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 7

ИЗВЕШТАЈ О НАДЗОРУ НАД БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе/установе у саставу у којој се спроводи надзор. Уписати тачан назив здравствене установе/установе у саставу.

ТАБЕЛА 1

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив одељења на којем је вршен надзор над болничким инфекцијама праћењем инциденције. Уписати тачан назив одељења.

Колона 2: Број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције на одељењу. Означава број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције током године. Уписати број месеци надзора за годину дана за свако одељење где је надзор вршен (податак узети из обрасца 5).

РЕД УКУПНО

За колону 1 уписати апсолутан број одељења на којима је вршен надзор над болничким инфекцијама праћењем инциденције.
За колону 2 сумирати број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције за сва одељења.

ТАБЕЛА 2

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив одељења на којем је вршен надзор над болничким инфекцијама путем преваленције. Уписати тачан назив одељења.

Колона 2: Број вршења надзора над болничким инфекцијама на одељењу путем преваленције. Означава број надзора над болничким инфекцијама путем преваленције током године. Уписати број вршења надзора за годину дана на сваком одељењу где је надзор вршен (податак узети из образаца 6).

РЕД УКУПНО

За колону 1 уписати апсолутан број одељења на којима је вршен надзор над болничким инфекцијама путем преваленције.
За колону 2 сумирати број вршења надзора над болничким инфекцијама путем преваленције за сва одељења.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ИЗВЕШТАЈ О НАДЗОРУ НАД БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА
У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ
ЗА _____ГОДИНУ

Институт/завод за јавно здравље _____

Здравствена установа/установа у саставу
у којој се спроводи надзор _____

Ред. бр.	Назив одељења над којем је вршен надзор над болничким инфекцијама праћењем инциденције	**Број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције на одељењу**
0	1	2
1		
2		
3		
4		
5		
6		
Укупно		

Ред. бр.	Назив одељења над којем је вршен надзор над болничким инфекцијама путем преваленције	**Број вршења надзора над болничким инфекцијама на одељењу путем преваленције**
0	1	2
1		
2		
3		
4		
5		
6		
Укупно		

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 8

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА НАДЗОРА НАД БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА

Извештај се добија сумирањем података из обрасца 7 за све здравствене установе у којима је спроведен надзор.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 0. Означава број реда.

Колона 1. Здравствена установа. Уписати тачан назив здравствене установе.

Колона 2. Здравствена установа у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 3: Укупан број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције. Уписати укупан број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције за одређену здравствену установу (ред укупно колона 2, табела 1 обрасца 7).

Колона 4. Укупан број надзора над болничким инфекцијама путем преваленције. Уписати укупан број надзора над болничким инфекцијама путем преваленције за одређену установу (ред укупно колона 2, табела 2 обрасца 7).

Колона 5: Број лекара специјалиста епидемиологије у И/ЗЈЗ који врше надзор над болничким инфекцијама. Уписати еквивалент пуног радног времена (FTE) специјалиста епидемиологије у И/ЗЈЗ који врше надзор над болничким инфекцијама
Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолошког упутства.

Колона 6: Број месеци спровођења епидемиолошког надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције. Израчунати број месеци спровођења епидемиолошког надзора над болничким инфецкијама праћењем инциденције.
Израчунава се као укупан број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције у једној здравственој установи (колона 3) подељен бројем лекара специјалиста епидемиологије у И/ЗЈЗ који врше надзор над болничким инфекцијама (колона 5) .

Колона 7: Број одељења на којима је извршен епидемиолошки надзор над болничким инфекцијама путем преваленције. Израчунати број одељења на којима је вршен надзор над болничким инфекцијама путем преваленције.
Израчунава се као укупан број надзора над болничким инфекцијама путем преваленције (колона 4) подељен бројем лекара специјалиста епидемиологије у И/ЗЈЗ који врше надзор над болничким инфекцијама (колона 5).

РЕД УКУПНО
У пољима која се односе на колоне 3 и 4 сумирати податке за све здравствене установе. У поље које се односи на број лекара (колона 5) уписати исти податак који је већ уношен у горњим редовима. У поља која се односе колоне 6 и 7 уписати израчунате показатеље за ниво округа (И/ЗЈЗ).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ за јавно здравље на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА НАДЗОРА НАД БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА

ЗА _____ГОДИНУ

Ред. бр.	Здравствена установа	Здравствена установа у саставу	Укупан број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције	Укупан број надзора над болничким инфекцијама путем преваленције	Број лекара специјалиста епидемиологије у И/ЗЈЗ који врше надзор над болничким инфекцијама	**Број месеци спровођења епидемиолошког надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције**	**Број одељења на којима је вршен епидемиолошки надор над болничким инфекцијама путем преваленције**
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
Укупно							

Извештај урадио/ла_____ **Директор**_____ **Датум**_____

- **Проценат броја вакциналних пунктова на којима је спроведена ревизија вакциналних картотека**

Извештавање се врши путем **обрасца 9** који се доставља Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

Ревизија картотеке на вакциналном пункту

У циљу достизања обухвата вакцинацијом у циљној популацији, ревизија картотеке се врши континуирано, а детаљно 2 пута годишње.
Континуирана ревизија картотеке се обавља при свакој посети детета лекару.
Ревизијом картотеке два пута годишње поред добијања података неопходних за евалуацију и евентуалну измену плана, врши се позивање деце која су из било ког разлога пропуштена да се вакцинишу према важећем Календару имунизације у складу са Правилником.
Територијално надлежан И/ЗЈЗ је обавезан да најмање једном годишње изврши ревизију картотеке на подручју сваке општине.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 9

ИЗВЕШТАЈ О СПРОВЕДЕНОЈ РЕВИЗИЈИ ВАКЦИНАЛНИХ КАРТОТЕКА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Назив општине. Уписати назив општине која територијално припада надлежном И/ЗЈЗ.

Колона 2: Број вакциналних пунктова. Уписати укупан број вакциналних пунктова на територији општине.

Колона 3: Број вакциналних пунктова на којима је спроведена ревизија. Уписати број пунктова на којима је спроведена ревизија картотеке на територији општине.

Колона 4: Проценат вакциналних пунктова. Израчунати и уписати проценат пунктова на којима је спроведена ревизија картотеке на територији општине.
Израчунава се као број валциналних пунктова на којима је спроведена ревизија вакциналних картотека (колона 3) подељен са укупним бројем вакциналних пунктова на територији (колона 2) и помножен са 100).

РЕД УКУПНО
У пољима која се односе на колоне 2 и 3 сумирати податке за ниво округа. У поље које се односи на Проценат вакциналних пунктова (колона 4) уписати израчунати показатељ за ниво округа.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О СПРОВЕДЕНОЈ РЕВИЗИЈИ ВАКЦИНАЛНИХ КАРТОТЕКА

ЗА _____ ГОДИНУ

Редни број	Назив општине	Број вакциналних пунктова	Број вакциналних пунктова на којима је спроведена ревизија	**Проценат вакциналних пунктова**
0	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
УКУПНО ОКРУГ				

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

- **Учешће потврда о смрти у регистру за рак**

Извештавање се врши путем **обрасца 10** који се доставља Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 10

ИЗВЕШТАЈ О УЧЕШЋУ СВИХ СЛУЧАЈЕВА РАКА РЕГИСТРОВАНИХ САМО ПРЕКО ПОТВРДА О СМРТИ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 1:. Уписати број свих случајева рака пријављених Регистру само преко потврда о смрти

Колона 2: Уписати укупан број свих случајева рака пријављених Регистру

Колона 3: Учешће потврда о смрти у регистру за рак – случајева рака регистровани само преко потврда о смрти. Уписати израчунати показатељ. *Израчунава се као број свих случајева рака пријављених Регистру за рак само преко потврда о смрти у календарској години (колона 1), подељен са укупним бројем свих случајева рака пријављених Регистру за рак у истој календарској години (колона 2), и поможен са 100.*

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О УЧЕШЋУ СВИХ СЛУЧАЈЕВА РАКА РЕГИСТРОВАНИХ САМО ПРЕКО ПОТВРДА О СМРТИ

ЗА _____ ГОДИНУ

Број новооболелих/умрлих случајева од рака у истој календарској години		**Учешће потврда о смрти у регистру за рак**
Број случајева рака пријављених Регистру само преко потврде о смрти	Укупан број случајева рака пријављених Регистру	
1	2	3

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

- **Национална екстерна контрола квалитета рада микробиолошких лабораторија**

(Израчунава се као број учествовања у екстерној контроли коју спроводи референтна лабораторија за међулабораторијска испитивања Градског завода за јавно здравље, Београд, са објављивањем резултата тачности ≥85%)

На основу члана 82. Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС. број 107/05) и члана 23. Закона о државној управи (Службени гласник РС. број 79/05 и 101/07), министар здравља Републике Србије донео је решење о референтним лабораторијама за контролу заразних болести. На основу овог решења Градски завод за јавно здравље Београд испуњава прописане услове за референтну лабораторију за међулабораторијска испитивања. Међулабораторијска испитивања су намењена јавноздравственим микробиолошким лабораторијама у Србији као и микробиолошким лабораторијама других здравствених установа и приватној пракси. Градски завод за јавно здравље Београд самостално организује и обавља међулабораторијска испитивања, врши евалуацију резултата и обавештава лабораторије о постигнутим резултатима. О термину међулабораторијског испитивања, лабораторије учеснице ће бити обавештене најмање 15 дана унапред. Свака лабораторија учесница ће на унапред договорен начин добити најмање 2 бактеријска соја уз пропратни приказ клиничког случаја као и образац за одговоре за сваки појединачни случај. Лабораторије учеснице треба да пошаљу своје резултате Градском заводу за јавно здравље Београд е-маил-ом или поштом најкасније 30 дана од добијања бактеријских сојева.
Евалуација резултата се врши у 5 различитих области (из сваке области је могуће добити по 4 поена):

1. Резултати микроскопирања
2. Идентификација изолата (род и врста)
3. Избор антимикробних агенаса
4. Резултати антибиограма
5. Коментар уз антибиограм

Градски завод за јавно здравље Београд ће тачне одговоре са називима бактеријских сојева и резултатима антимикробне осетљивости послати е-маил-ом или поштом лабораторијама учесницама најкасније 15 дана од добијања одговора. Коначни резултат међулабораторијског испитивања ће бити послат лабораторијама учесницама најкасније 45 дана од добијања одговора. Овај резултат ће садржавати оцењен резултат који је постигла лабораторија учесница, као и статистички обрађен резултат збирног успеха свих лабораторија учесница. Лабораторијама неће бити доступни појединачни резултати других лабораторија учесница.

Ради процене квалитета рада јавноздравствених микробиолошких лабораторија у Србији, Градски завод за јавно здравље Београд је у обавези да резултате међулабораторијских испитивања регионалних завода за јавно здравље достави Институту за јавно здравље Србије.

С обзиром да све лабораторије имају исти број учествовања, показатељ квалитета ће се односити на број бодова остварених у свакој екстерној контроли коју спроводи референтна лабораторија за међулабораторијска испитивања Градског завода за јавно здравље Београд са објављивањем резултата тачности ≥85%.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 11

ИЗВЕШТАЈ О КОНТРОЛИ КВАЛИТЕТА РАДА МИКРОБИОЛОШКИХ ЛАБОРАТОРИЈА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 0: Означава број реда под којим се уносе подаци

Колона 1: Редни број контроле. Уписати која је по реду (у току наведене године) контрола за коју се наводе подаци.

Колона 2: Датум почетка контроле. Уписати датум почетка екстерне контроле, односно датум када је лабораторија преузела бактеријске сојеве од Градског завода за јавно здравље - Београд.

Колона 3: Резултат тачности. Уписати резултат тачности, односно оцену у процентима (≥85%).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О КОНТРОЛИ КВАЛИТЕТА РАДА МИКРОБИОЛОШКИХ ЛАБОРАТОРИЈА

ЗА _____ ГОДИНУ

Број реда	**Редни број контроле**	**Датум почетка контроле**	**Резултат тачности**
0	1	2	3

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР _____ **Датум_____**

- **Успешност у међулабораторијским испитивањима и поређењима у лабораторијама за физичка и физичко-хемијска испитивања**

Извештавање се врши путем **обрасца 12** који се доставља Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 12

ИЗВЕШТАЈ О УСПЕШНОСТИ У МЕЂУЛАБОРАТОРИЈСКИМ ИСПИТИВАЊИМА И ПОРЕЂЕЊИМА У ЛАБОРАТОРИЈАМА ЗА ФИЗИЧКА И ФИЗИЧКО-ХЕМИЈСКА ИСПИТИВАЊА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 0: Означава број реда под којим се уносе подаци

Колона 1: Број провераваних параметара. Уписати укупан број параметара у лабораторијама за физичка и физичко-хемијска испитивања, који је провераван кроз међулабораторијска испитивања и поређења у току године (у међулабораторијком испитивању или поређењу мора учествовати најмање 3 лабораторије).

Колона 2: Број параметара у границама дозвољених одступања. Уписати број параметара који је, према извештају, задовољио услов да је $-3 \leq З \leq 3$ или неки други услов који је одобрен од стране организатора међулабораторијског испитивања или поређења (у међулабораторијком испитивању или поређењу мора учествовати најмање 3 лабораторије).

Колона 3: Успешност у међулабораторијским испитивањима и поређењима у лабораторијама за физичка и физичко-хемијска испитивања – проценат успешности. Уписати израчунати индикатор. *Израчунава се као броја параметара у лабораторијама за фичка и физичко-хемијска испитивања који је, према извештајима био у границама дозволјених одступања (колона 2) подељен са укупним бројем параметара који је провераван кроз међулабораторијска испитивања (колона 1) и помножен са 100.*

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О УСПЕШНОСТИ У МЕЂУЛАБОРАТОРИЈСКИМ ИСПИТИВАЊИМА И ПОРЕЂЕЊИМА У ЛАБОРАТОРИЈАМА ЗА

ФИЗИЧКА И ФИЗИЧКО-ХЕМИЈСКА ИСПИТИВАЊА

ЗА _____ ГОДИНУ

Редни број	**Број провераваних параметара**	**Број параметара у границама дозвољених одступања**	**Проценат успешности**
0	1	2	3
1			

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР _____ **Датум_____**

- **Успешност у међулабораторијским испитивањима и поређењима у лабораторијама за санитарну микробиологију**

Извештавање се врши путем **обрасца 13** који се доставља Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 13

ИЗВЕШТАЈ О УСПЕШНОСТИ У МЕЂУЛАБОРАТОРИЈСКИМ ИСПИТИВАЊИМА И ПОРЕЂЕЊИМА У ЛАБОРАТОРИЈАМА ЗА САНИТАРНУ МИКРОБИОЛОГИЈУ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 0: Означава број реда под којим се уносе подаци

Колона 1: Број провераваних параметара. Уписати укупан број параметара у лабораторијама за санитарну микробиологију, који је провераван кроз међулабораторијска испитивања и поређења у току године (у међулабораторијком испитивању или поређењу мора учествовати најмање 3 лабораторије).

Колона 2: Број параметара у границама дозвољених одступања. Уписати број параметара који је, према извештају, задовољио услов да је $-3 \leq З \leq 3$ или неки други услов који је одобрен од стране организатора међулабораторијског испитивања или поређења (у међулабораторијком испитивању или поређењу мора учествовати најмање 3 лабораторије).

Колона 3: Успешност у међулабораторијским испитивањима и поређењима у лабораторијама за санитарну микробиологију – проценат успешности. Уписати израчунати индикатор. *Израчунава се као број параметара који је, према извештајима, био у границама дозвољених одступања (колона 2), подељен са укупним бројем параметара који је провераван кроз међулабораторијска испитивања (колона 1), и помножен са 100.*

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О УСПЕШНОСТИ У МЕЂУЛАБОРАТОРИЈСКИМ ИСПИТИВАЊИМА И ПОРЕЂЕЊИМА У ЛАБОРАТОРИЈАМА ЗА

САНИТАРНУ МИКРОБИОЛОГИЈУ

ЗА _____ ГОДИНУ

Редни број	**Број провераваних параметара**	**Број параметара у границама дозвољених одступања**	**Проценат успешности**
0	1	2	3
1			

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР _____ **Датум**_____

- **Проценат стручних мишљења са предлогом мера за неисправне узорке у Центру за хигијену и хуману екологију**

Извештавање се врши путем **обрасца 14** који се доставља Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 14

ИЗВЕШТАЈ О ПРОЦЕНТУ СТРУЧНИХ МИШЉЕЊА СА ПРЕДЛОГОМ МЕРА ЗА НЕИСПРАВНЕ УЗОРКЕ У ЦЕНТРУ ЗА ХИГИЈЕНУ И ХУМАНУ ЕКОЛОГИЈУ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 0: Односи се на редни број под којим се уносе подаци
Колона 1: Број стручних мишљења за неисправне узорке. Уписати укупан број стручних мишљења за неисправне узорке у центру за хигијену и хуману екологију
Колона 2: Број стручних мишљења за неисправне узорке са предлогом мера. Уписати број стручних мишљења за неисправне узорке **са предлогом мера** у центру за хигијену и хуману екологију
Колона 3: Проценат стручних мишљења са предлогом мера. Уписати израчунати индикатор. *Израчунава се као број стручних мишљења за неисправне узорке са предлогом мера (колона 2) подељен са бројем стручних мишљења за неисправне узорке (колона 1) и помножен са 100.*

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПРОЦЕНТУ СТРУЧНИХ МИШЉЕЊА СА ПРЕДЛОГОМ МЕРА ЗА НЕИСПРАВНЕ УЗОРКЕ У ЦЕНТРУ ЗА ХИГИЈЕНУ И ХУМАНУ ЕКОЛОГИЈУ ЗА _____ГОДИНУ

Редни број	Број стручних мишљења за неисправне узорке	Број стручних мишљења за неисправне узорке са предлогом мера	**Проценат стручних мишљења са предлогом мера**
0	1	2	3
1			

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР _____ **Датум_____**

- **Постојање плана реаговања у ванредним ситуацијама у писаној форми.**

Ажурирање плана реаговања у ванредним ситуацијама у складу са Законом о заштити становништва од заразних болести («Службени гласник РС» 125/04, члан 32) подразумева формирање спискова чланова мобилних тимова, у чији састав улазе епидемиолог, хигијенолог, микробиолог, два виша санитарна техничара и два лабораторијска техничара. Подаци о именима чланова екипа, контакт телефони и адресе становања се ажурирају два пута годишње и достављају Институту за јавно здравље Србије. Мобилне екипе обављају епидемиолошки надзор одмах по утврђивању настанка ванредне ситуације, као што су елементарне несреће и катастрофе у којима постоји опасност од појаве епидемија заразне болести, за време веће епидемије заразне болести, у случају појаве нове или недовољно познате заразне болести и у случају сумње на употребу биолошког агенса. И/ЗЈЗ, сходно наведеном Закону, о томе хитно обавештавају Институту за јавно здравље Србије.

Извештавање се врши путем **обрасца 15** који се доставља Институту за јавно здравље Србије за једногодишњи извештајни период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 15

ИЗВЕШТАЈ О ПОСТОЈАЊУ ПЛАНА РЕАГОВАЊА У ВАНРЕДНИМ СИТУАЦИЈАМА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој И/ЗЈЗ припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште И/ЗЈЗ.

Колона 1: **Индикатор - План реаговања.** Уписати да ли на нивоу И/ЗЈЗ постоји План реаговања у ванредним ситуацијама у писаној форми, односно број мобилних тимова, именима чланова тимова, њихови контакт телефони и адресе становања. Уколико постоји уписати број 1, уколико не постоји, уписати 0.

Колона 2: Број мобилних тимова. Уписати број мобилних тимова И/ЗЈЗ који су у наведеној години били планирани или укључени у План реаговања у ванредним ситуацијама.

Колона 3: Ажуриран план реаговања. Уписати колико је пута ажуриран план реаговања у наведеној години.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор И/ЗЈЗ на који се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора И/ЗЈЗ.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОСТОЈАЊУ ПЛАНА РЕАГОВАЊА
У ВАНРЕДНИМ СИТУАЦИЈАМА

ЗА _____ ГОДИНУ

План реаговања	Број мобилних тимова	Ажуриран план реаговања
1	2	3

Извештај урадио/ла_____

ДИРЕКТОР _____ **Датум_____**

2. Институт за вирусологију, вакцине и серуме

Институт за вирусологију, вакцине и серуме прати показатеље квалитета и извештајне **обрасце 1, 2, 3 и 4** доставља надлежном институту/заводу за јавно здравље који их уноси у базу података. Анализу показатеља квалитета обавља Институт за вирусологију, вакцине и серуме и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

Обавезни показатељи квалитета које прати институт за вирусологију, вакцине и серуме јесу:

1. **Развијене смернице добре произвођачке праксе**
   (Постоје развијене смернице добре произвођачке праксе у писаној форми)

Комисија за унапређење квалитета рада Института за вирусологију, вакцине и серуме "Торлак" доставља Институту за јавно здравље Србије, једном годишње, извештај о успостављању смерница добре произвођачке праксе на Институту "Торлак".

2. **Паралелни радни тимови за извођење анализа истог узорка**
   (Постоје паралелни радни тимови, који се формирају најмање једном годишње, за извођење анализа истог узорка)

Паралелни радни тимови за извођење анализа истог узорка, за најмање два производа који се рутински анализирају и контролишу у Институту "Торлак" се формирају једном годишње у циљу праћења и контроле квалитета рада. Одлуку о избору производа који ће се ставити у програм анализе истог узорка доноси Комисија за унапређење квалитета рада Института "Торлак".
Добијени резултати контролних испитивања се пореде са резултатима истих узорака, рађених у претходном периоду - у рутинском раду.
Након извршених контролних испитивања, руководиоци контролних радних тимова подносе писмени извештај Комисији за унапређење квалитета рада о добијеним резултатима контроле.
Комисија за унапређење квалитета рада Института "Торлак" сазива стручни састанак сарадника, на коме се врши анализа, и у зависности од добијених резултата контроле, утврђују се мере за побољшање квалитета.

Напомена: Као контролна анализа може се користити и резултат анализе релевантне екстерне контролне лабораторије.

Извештавање о резултатима контролних испитивања врши се једном годишње на **Обрасцу 1.**

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

АНАЛИЗА ИСТОГ УЗОРКА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Ознака протокола 1.** Уписати ознаку протокола редовне анализе.

Колона 2: Датум 1. Уписати датум редовне анализе.

Колона 3: Резултат 1. Уписати добијени резултат редовне анализе који може бити: одговара/не одговара.

Колона 4: Ознака протокола 2. Уписати ознаку протокола контролне анализе.

Колона 5: Датум 2. Уписати датум контролне анализе.

Колона 6: Резултат 2. Уписати резултат контролне анализе (позитиван или негативан).

Колона 7: Одступање. Уписати одступање редовне анализе (да/не).

У последњем реду се израчунава проценат сагласности резултата анализе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за уписивање података о одговорном лицу уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за датум подношења извештаја уписати датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО_____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ_____*

АНАЛИЗА ИСТОГ УЗОРКА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Редни број	Редовна анализа			Контролна анализа			Одступање редовне анализе
	Ознака протокола 1	Датум 1	Резултат 1	Ознака протокола 2	Датум 2	Резултат 2	
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
Проценат сагласности резултата анализа							

Извештај урадио/ла _____

Одговорно лице _____ **Датум** _____

3. Број рекламација
(Извештава се као апсолутни број рекламација од стране крајних корисника)

Организација треба да утврђује и примењује ефективна решења за комуницирање са корисницима у вези са повратним информацијама од корисника, укључујући и рекламације.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ РЕКЛАМАЦИЈА

Извештавање о броју рекламација врши се једном годишње.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Ознака рекламације. Уписати ознаку рекламације под којом је та рекламација заведена у Институту "Торлак".

Колона 2: Датум пријема рекламације. Уписати датум када је Институту "Торлак" пријављена рекламација.

Колона 3: Производ. Уписати шифру/назив производа који се рекламира.

Колона 4: Број серије производа. Уписати број серије производа који се рекламира.

Колона 5: Тип рекламације: на квалитет. Уписати колико је рекламација било на квалитет производа.

Колона 6: Тип рекламације: на квантитет. Уписати колико је рекламација било на квантитет производа.

Колона 7: Статус рекламације. Уписати број 1 уколико је рекламација решена и број 0 уколико, у том извештајном периоду, рекламација није решена.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за уписивање података о одговорном лицу уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за датум подношења извештаја унети датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ РЕКЛАМАЦИЈА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Редни број	Ознака рекламација	Датум пријема рекламације	Производ	Број серије производа	Тип рекламације		Статус рекламације
					На квалитет	На квантитет	
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							

Извештај урадио/ла_____ **Одговорно лице**_____ **Датум**_____

4. Број неусаглашености у систему управљања квалитетом
(Израчунава се као апсолутни број неусаглашености)

Организација мора да обезбеди да производ који није усаглашен са захтевима буде идентификован да се њиме управља у циљу спречавања нежељене употребе или испоруке неусаглашеног производа.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

БРОЈ НЕУСАГЛАШЕНОСТИ

Извештавање о броју неусаглашености је једном годишње.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Ознака неусаглашености. Уписати **ознаку** под којим је та неусаглашеност у Институту "Торлак" заведена.

Колона 2: Датум утврђивања неусаглашености. Уписати датум када је утврђена неусаглашеност.

Колона 3: Статус неусаглашености. Уписати број 1 уколико је наусаглашеност решена и број 0 уколико усаглашеност није решена у периоду дефинисаном извештајем.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за уписивање података о одговорном лицу уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за датум подношења извештаја уписати датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

БРОЈ НЕУСАГЛАШЕНОСТИ
ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Редни број	Ознака неусаглашености	Датум утврђивања неусаглашености	Статус неусаглашености
0	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			

Извештај урадио/ла_____ **Одговорно лице**_____ **Датум**_____

5. Проценат успешно реализованих корективних мера
(Израчунава се као број успешно реализованих корективних мера подељен са укупним бројем корективних мера и помножен са 100)

Корективне мере треба да одговарају последицама неусаглашености. Организација мора да предузме мере за отклањање узрока неусаглашености да би се спречило њихово понављање.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ПРОЦЕНАТ УСПЕШНО РЕАЛИЗОВАНИХ КОРЕКТИВНИХ МЕРА

Извештавање о проценту успешно реализованих корективних мера врши се једном годишње.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Ознака корективне мере. Уписати **ознаку** под којом је корективна мера заведена у Институту "Торлак".

Колона 2: Датум утврђивања корективне мере. Уписати датум када је утврђена корективна мера.

Колона 3: Датум решавања корективне мере. Уписати датум када је решена корективна мера.

Колона 4: Статус корективне мере. Уписати број 1 уколико је корективна мера решена или број 0 уколико корективна мера није решена у дефинисаном извештајном периоду.

У последњем реду се израчунава проценат успешно реализованих корективних мера.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за уписивање података о одговорном лицу уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за датум подношења извештаја унети датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ПРОЦЕНАТ УСПЕШНО РЕАЛИЗОВАНИХ КОРЕКТИВНИХ МЕРА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Редни број	Ознака корективне мере	Датум утврђивања корективне мере	Датум решавања корективне мере	Статус корективне мере
0	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
Проценат успешно реализованих корективних мера				

Извештај урадио/ла_____ **Одговорно лице**_____ **Датум**_____

3. Завод за антирабичну заштиту

Завод за антирабичну заштиту прати показатеље квалитета и извештајне о**брасце 1, 2, 3, 4, 5 и 6** доставља надлежном институту/заводу за јавно здравље који их уноси у базу података. Анализу показатеља квалитета обавља Завод за антирабичну заштиту и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

Обавезни показатељи квалитета које прати завод за антирабичну заштиту јесу:

1. **Паралелни радни тимови за извођење анализа истог узорка**
   (Постоје паралелни радни тимови, који се формирају најмање једном годишње, за извођење анализа истог узорка)

Паралелни радни тимови за извођење анализа истог узорка формирају се једном годишње у циљу праћења и контроле квалитета рада две лабораторијске анализе које се рутински изводе у Заводу за антирабичну заштиту “Пастеров завод», , Нови Сад.
То су ТФА тест (Тест директне имунофлоуоресценције) и РФФИТ (Брзи тест инхибиције флуоресцентних фокуса).

Узорци за контролно испитивање се узимају од оних узорака који су рутински анализирани у претходном периоду, и то методом случајног избора. Број узорака је 10 за ТФА и 10 за РФФИТ тест.

Узорци за ТФА тест представљају делове ткива, у коме се одређује присуство антигена вируса беснила, као доказ присутне инфекције вирусом беснила.

Узорци за РФФИТ тест се односе на серуме људи који су вакцинисани против беснила и код којих се одређује титар вирусних антитела, као мерило успешности имунизације против беснила.

Добијени резултати контролних испитивања се пореде са резултатима истих узорака, рађених у претходном периоду - у рутинском раду.

Након извршених контролних испитивања, руководиоци контролних радних тимова подносе писмени извештај Комисији за квалитет о добијеним резултатима контроле.

Комисија за квалитет Завода за антирабичну заштиту сазива стручни састанак сарадника, на коме се врши анализа, и у зависности од добијених резултата контроле, утврђују мере за побољшање квалитета.

Извештавање о резултатима контролних испитивања према надлежном заводу за јавно здравље врши се на **Обрасцу 1** једном годишње.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ИЗВЕШТАЈ О ПАРАЛЕЛНИМ РАДНИМ ТИМОВИМА ЗА ИЗВОЂЕЊЕ АНАЛИЗА ИСТОГ УЗОРКА

За праћење овог позатеља треба користити две табеле: табелу 1 која се односи на ТФА тест и табелу 2 која се односи на РФФИТ тест.

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе: Завод за антирабичну заштиту - Пастеров завод, Нови Сад

Табела 1. ТФА тест (тест директне имунофлуоресценције)

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Број протокола редовне анализе.** Уписати број протокола редовне анализе ТФА теста.

Колона 2: Број протокола контролне анализе. Уписати број протокола контролне анализе ТФА теста.

Колона 3: Датум редовне анализе. Уписати датум редовне анализе ТФА теста.

Колона 4: Датум контролне анализе. Уписати датум контролне анализе ТФА теста.

Колона 5: Резултат редовне анализе позитиван/негативан. Уписати резултат редовне анализе ТФА теста (позитиван или негативан).

Колона 6: Резултат контролне анализе позитиван/негативан. Уписати резултат контролне анализе ТФА теста (позитиван или негативан).

Колона 7: Одступање редовне анализе да/не. Уписати одступање редовне анализе (да/не).

Крајња евалуација резултата се врши тако што се израчунава проценат сагласности свих редовних и контролних анализа.

Табела 2. РФФИТ тест (брзи тест инхибиције флуоресцентних фокуса)

Колона 0: Односи се на редни број.

Колона 1: Бр. протокола редовна анализа. Уписати број протокола редовне анализе РФФИТ теста.

Колона 2: Бр. протокола контролна анализа. Уписати број протокола контролне анализе РФФИТ теста.

Колона 3: Датум редовне анализе. Уписати датум редовне анализе РФФИТ теста.

Колона 4: Датум контролне анализе. Уписати датум контролне анализе РФФИТ теста.

Колона 5: Резултат редовне анализе И.Ј/мл. Уписати резултат редовне анализе РФФИТ теста (у И.Ј/мл).

Колона 6: Резултат контролне анализе И.Ј/мл. Уписати резултат контролне анализе РФФИТ теста (у И.Ј/мл).

Колона 7: Проценат одступања редовне анализе. У ову колону се уписује вредност у процентима која се добија тако што се однос вредности у колонама 5 и 6 (5/6) множи са 100 и од добијене вредности се одузима 100. Дозвољене границе варјације су 63-158%.

Крајња евалуација резултата се врши тако што се испитује сигнификантност броја резултата са недозвољеним одступањем у односу на укупни број контролисаних узорака помоћу Фишеровог егзактног теста.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за уписивање података о руководиоцу/директору оранизационе јединице Завода уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за датум подношења извештаја унети датум оверавања извештаја од стране руководиоца организационе јединице/директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПАРАЛЕЛНИМ РАДНИМ ТИМОВИМА ЗА ИЗВОЂЕЊЕ АНАЛИЗА ИСТОГ УЗОРКА ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Табела 1 - ТФА тест (Тест директне имунофлуоресценције)

Ред. бр.	Број протокола редовне анализе	Број протокола контролне анализе	Датум редовне анализе	Датум контролне анализе	Резултат редовне анализе позитиван/негативан	Резултат контролне анализе позитиван/негативан	Одступање редовне анализе да/не
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
					Проценат сагласности резултата анализа:		

Табела 2 - РФФИТ тест (Брзи тест инхибиције флуоресцентних фокуса)

Ред. бр.	Број протокола редовне анализе	Број протокола контролне анализе	Датум редовне анализе	Датум контролне анализе	Резултат редовне анализе И.Ј./мл	Резултат контролне анализе И.Ј./мл	Проценат одступања редовне анализе *
0	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

*дозвољене границе варијације 63-158%

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

2. **Развијен протокол о обавезном праћењу корисника од првог доласка до завршетка третмана**
(Постоји развијен протокол о обавезном праћењу корисника од првог доласка до завршетка третмана у писаној форми)

Протокол о обавезном праћењу корисника услуга од првог доласка до завршетка третмана се води у антирабичној амбуланти Завода и односи се на пацијенте код којих је постављена индикација и започет антирабични третман. Овај Протокол амбулантних пацијената се води у електронској и штампаној форми.

У Протокол амбулантних пацијената се уносе Законом прописани подаци (Образац број 5, „Службени Гласник РС“, број 98/05).

Овај Протокол се свакодневно прегледа и прати се по датумима долазак пацијента на контролни преглед и вакцинацију, као и контролу имунитета.

Уколико се пацијент не одазове у заказано време, лекар амбуланте контактира пацијента телефонским путем или на друге начине. Уколико се поред уложеног напора не успостави контакт са пацијентом, о томе се прави службена белешка у протоколу пацијента.

Лекар амбуланте у Заводу једном годишње доставља писани Извештај Комисији за квалитет о овом показатељу квалитета рада. Комисија за квалитет организује стручни састанак на коме се расправља о Извештају у циљу унапређења квалитета рада.

Извештавање о праћењу корисника услуга антирабичне амбуланте према надлежном заводу за јавно здравље врши се на **Обрасцу 2** за годишњи период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

ИЗВЕШТАЈ О ПРОТОКОЛУ О ОБАВЕЗНОМ ПРАЋЕЊУ КОРИСНИКА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО: Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље: Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе: Завод за антирабичну заштиту - Пастеров завод, Нови Сад

Колона 1: Број индикованих имунизација 3. дана. Уписати број индикованих имунизација 3. дана у оквиру постекспозиционе антирабичне заштите у наведеној години.

Колона 2: Број извршених имунизација 3. дана. Уписати број спроведених имунизација 3. дана у оквиру постекспозиционе антирабичне заштите у наведеној години.

Колона 3: Проценат реализације. Уписати израчунати проценат реализације индикованих имунизација 3. дана (колона 2/колона 1*100).

Колона 4: Број индикованих имунизација 7. дана. Уписати број индикованих имунизација 7. дана у оквиру постекспозиционе антирабичне заштите у наведеној години.

Колона 5: Број извршених имунизација 7. дана. Уписати број спроведених имунизација 7. дана у оквиру постекспозиционе антирабичне заштите у наведеној години.

Колона 6: Проценат реализације. Уписати израчунати проценат реализације индикованих имунизације 7. дана (колона 5/колона 4 x 100).

Колона 7: Број индикованих имунизација 14. дана. Уписати број индикованих имунизација 14. дана у оквиру постекспозиционе антирабичне заштите у наведеној години.

Колона 8: Број извршених имунизација 14. дана. Уписати број спроведених имунизација 14. дана у оквиру постекспозиционе антирабичне заштите у наведеној години.

Колона 9: Проценат реализације. Уписати израчунати проценат реализације индикованих имунизације 14. дана (колона 8/колона 7 х 100).

Колона 10: Број индикованих имунизација 28. дана. Уписати број индикованих имунизација 28. дана у оквиру постекспозиционе антирабичне заштите у наведеној години.

Колона 11: Број извршених имунизација 28. дана. Уписати број спроведених имунизација 28. дана у оквиру постекспозиционе антирабичне заштите у наведеној години.

Колона 12: Проценат реализације. Уписати израчунати проценат реализације индикованих имунизације 28. дана (колона 11/колона 10 х 100).

Колона 13: Број индикованих контрола имунитета. Уписати број индикованих контрола имунитета у наведеној години.

Колона 14: Број извршених контрола имунитета. Уписати број спроведених контрола имунитета у наведеној години.

Колона 15: Проценат реализације. Уписати израчунати проценат реализације контрола имунитета (колона 14/колона 13 х 100)

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за уписивање података о руководиоцу/директору оранизационе јединице Завода уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за датум подношења извештаја унети датум оверавања извештаја од стране руководиоца организационе јединице/директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПРОТОКОЛУ О ОБАВЕЗНОМ ПРАЋЕЊУ КОРИСНИКА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Број индикованих имунизација 3. дана	Број извршених имунизација 3. дана	Проценат реализације	Број индикованих имунизација 7. дана	Број извршених имунизација 7. дана	Проценат реализације	Број индикованих имунизација 14. дана	Број извршених имунизација 14. дана	Проценат реализације	Број индикованих имунизација 28. дана	Број извршених имунизација 28. дана	Проценат реализације	Број индикованих контрола имунитета	Број извршених контрола имунитета	Проценат реализације
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

3. Број обављених едукација корисника и њихових пратиоца о беснилу
(Извештава се као апсолутни број обављених едукација корисника и њихових пратиоца о беснилу)

Сваки корисник услуга и његови пратиоци у антирабичној амбуланти Завода се обавезно едукују о беснилу и антирабичној заштити.

Лекар у антирабичној амбуланти Завода је дужан да, поред пацијента, едукује и пратиоце пацијента о беснилу и антирабичној заштити, усмено и давањем писаног подсетника о свим релевантним питањима из области беснила.

Подаци о извршеним едукацијама пацијената и њихових пратиоца уносе се у Протокол амбулантних пацијената.

Лекар амбуланте у Заводу једном годишње доставља писани Извештај Комисији за квалитет о овом показатељу квалитета рада, а Комисија за квалитет организује стручни састанак на коме се расправља о Извештају у циљу унапређења квалитета рада.

Извештавање о броју обављених едукација корисника и њихових пратиоца о беснилу према надлежном заводу за јавно здравље врши се на **Обрасцу 3** за годишњи период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ОБАВЉЕНИХ ЕДУКАЦИЈА ИЗ ОБЛАСТИ АНТИРАБИЧНЕ ЗАШТИТЕ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО: Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље: Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе: Завод за антирабичну заштиту - Пастеров завод, Нови Сад.

Колона 1: Број прегледаних пацијената. Уписати број прегледаних пацијената у наведеној години.

Колона 2: Број извршених едукација пацијената. Уписати број спроведених едукација пацијената у наведеној години.

Колона 3: Проценат реализације. Уписати израчунати проценат реализације едукације пацијената у наведеној години (колона 2/колона 1 x 100).

Колона 4: Број пратилаца пацијената. Уписати број пратилаца пацијената у наведеној години.

Колона 5: Број извршених едукација пратиоца. Уписати број спроведених едукација пратилаца у наведеној години.

Колона 6: Проценат реализације. Уписати израчунати проценат реализације едукације пратилаца у наведеној години (колона 5/колона 4 x 100).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за уписивање података о руководиоцу/директору оранизационе јединице Завода уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за датум подношења извештаја унети датум оверавања извештаја од стране руководиоца организационе јединице/директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ОБАВЉЕНИХ ЕДУКАЦИЈА ИЗ ОБЛАСТИ АНТИРАБИЧНЕ ЗАШТИТЕ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Број прегледаних пацијената	Број извршених едукација пацијената	Проценат реализације	Број пратилаца пацијената	Број извршених едукација пратиоца	Проценат реализације
1	2	3	4	5	6

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

4) Проценат обављених стручних надзора и стручне помоћи у антирабичним станицама, са израдом извештаја
(Израчунава се као број обављених стручних надзора подељен са бројем планираних стручних надзора, помножен са 100)

Обавезан стручни надзор и стручна помоћ у антирабичним станицама у Републици Србији се редовно обавља од стране стручњака Завода за антирабичну заштиту.

Лекари у Заводу након обављеног стручног надзора сачињавају извештај који се доставља Комисији за квалитет. На првој наредној седници Комисије се анализирају достављени извештаји и предлажу мере у циљу унапређења квалитета рада антирабичне станице, о чему се обавештава антирабична станица.

Извештавање о броју обављених стручних надзора у антирабичним станицама у Републици Србији врши се на на **Обрасцу 4** за годишњи период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ОБАВЉЕНИХ СТРУЧНИХ НАДЗОРА И СТРУЧНЕ ПОМОЋИ У АНТИРАБИЧНИМ СТАНИЦАМА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО: Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље: Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе: Завод за антирабичну заштиту - Пастеров завод, Нови Сад.

Колона 1: Број обављених стручних надзора и стручне помоћи. Уписати број обављених стручних надзора и стручне помоћи у антирабичним станицама у Републици Србији у наведеној години.

Колона 2: Број планираних стручних надзора и стручне помоћи. Уписати број планираних стручних надзора у текућој години из плана рада Завода.

Колона 3: Проценат обављених стручних надзора и стручне помоћи. Уписати израчунати проценат обављених стручних надзора и стручне помоћи у наведеној години (колона 1/колона 2 х 100).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за уписивање података о руководиоцу/директору оранизационе јединице Завода уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за датум подношења извештаја унети датум оверавања извештаја од стране руководиоца организационе јединице/директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ОБАВЉЕНИХ СТРУЧНИХ НАДЗОРА И СТРУЧНЕ ПОМОЋИ У АНТИРАБИЧНИМ СТАНИЦАМА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Број обављених стручних надзора и стручне помоћи	Број планираних стручних надзора и стручне помоћи	Проценат обављених стручних надзора и стручне помоћи
1	2	3

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

5) Проценат обављених стручних помоћи лекарима на терену у давању индикација за антирабичан третман

(Израчунава се као број обављених стручних помоћи подељен бројем планираних стручних помоћи, помножен са 100)

Стручна помоћ лекарима на терену у постављању индикација за антирабични третман се редовно врши од стране стручњака Завода за антирабичну заштиту путем телефона или у писаној форми.

Лекари у Заводу сачињавају тромесечне извештаје о броју консултација са лекарима на терену као и о проблемима у вези постављања индикација за антирабични третман, који се достављају Комисији за квалитет. На првој наредној седници Комисије анализирају се достављени извештаји и предлажу мере у циљу унапређења квалитета рада лекара на терену у постављању индикација за антирабични третман.

Извештавање о броју **стручних помоћи лекарима на терену у давању индикација за антирабичан третман** врши се на на **Обрасцу 5** за годишњи период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ СТРУЧНИХ ПОМОЋИ ЛЕКАРИМА НА ТЕРЕНУ У ДАВАЊУ ИНДИКАЦИЈА ЗА АНТИРАБИЧАН ТРЕТМАН

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО: Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље: Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе: Завод за антирабичну заштиту - Пастеров завод, Нови Сад.

Колона 1: Број обављених стручних помоћи лекарима на терену. Уписати број обављених стручних помоћи лекарима на терену у давању индикација за антирабичан третман у наведеној години.

Колона 2: Број планираних стручних помоћи лекарима на терену. Уписати број планираних стручних помоћи лекарима на терену у текућој години из плана рада Завода.

Колона 3: Проценат обављених стручних помоћи лекарима на терену. Уписати израчунати проценат обављених стручних помоћи лекарима на терену у наведеној години (колона 1/колона 2 x 100).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за уписивање података о руководиоцу/директору оранизационе јединице Завода уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за датум подношења извештаја унети датум оверавања извештаја од стране руководиоца организационе јединице/директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ СТРУЧНИХ ПОМОЋИ ЛЕКАРИМА НА ТЕРЕНУ У ДАВАЊУ ИНДИКАЦИЈА ЗА АНТИРАБИЧАН ТРЕТМАН

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Број обављених стручних помоћи лекарима на терену	**Број планираних стручних помоћи лекарима на терену**	**Проценат обављених стручних помоћи лекарима на терену**
1	2	3

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

6) Постојање ажуриране епизиотиолошке ситуације беснила на територији Републике Србије

Лекари епидемиолози Завода за антирабичну заштиту свакодневно прате епизоотиолошку ситуацију беснила на територији Републике Србије.

Тромесечни извештаји о епизоотиолошкој ситуацији - броју дијагностикованих бесних животиња на територији Републике Србије достављају се Комисији за квалитет, која на првој наредној седници анализира достаљене извештаје.

Извештавање о постојању ажуриране епизиотиолошке ситуације беснила на територији Републике Србије врши се на на **Обрасцу 6** за годишњи период.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 6

ИЗВЕШТАЈ О ПОСТОЈАЊУ АЖУРИРАНЕ ЕПИЗИОТИОЛОШКЕ СИТУАЦИЈЕ БЕСНИЛА НА ТЕРИТОРИЈИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО: Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље: Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе: Завод за антирабичну заштиту - Пастеров завод, Нови Сад.

Колона 1: Постојање дневних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији. Уписати „да“ у случају постојања дневних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији, односно „не“ у случају непостојања истих.

Колона 2: Постојање недељних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији. Уписати „да“ у случају постојања недељних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији, односно „не“ у случају непостојања истих **.**

Колона 3: Постојање месечних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији. Уписати „да“ у случају постојања месечних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији, односно „не“ у случају непостојања истих.

Колона 4: Постојање тромесечних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији. Уписати „да“ у случају постојања тромесечних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији, односно „не“ у случају непостојања истих.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за уписивање података о руководиоцу/директору оранизационе јединице Завода уписати његово пуно име и презиме.

На линији предвиђеној за датум подношења извештаја унети датум оверавања извештаја од стране руководиоца организационе јединице/директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОСТОЈАЊУ АЖУРИРАНЕ ЕПИЗИОТИОЛОШКЕ СИТУАЦИЈЕ БЕСНИЛА НА ТЕРИТОРИЈИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Постојање дневних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији	**Постојање недељних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији**	**Постојање месечних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији**	**Постојање тромесечних извештаја о епизоотиолошкој ситуацији беснила у Републици Србији**
1	2	3	4

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

4. Завод за биоциде и медицинску екологију

Завод за биоциде и медицинску екологију прати показатеље квалитета и **извештајне обрасце 1 и 2** доставља надлежном институту/заводу за јавно здравље који их уноси у базу података. Анализу показатеља квалитета обавља Завод за биоциде и медицинску екологију и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

Обавезни показатељи квалитета које прати завод за биоциде и медицинску екологију јесу:

1. **Проценат корективних мера након оперативних излазака**
   (Израчунава се као број обављених корективних мера након оперативних излазака у здравственим установама подељен са укупним бројем оперативних излазака и помножен са 100)

2. **Проценат контролних излазака**
   (Израчунава се као број контролних излазака након извршеног третмана ради процене биолошке ефикасности извршеног третмана подељен са укупним бројем излазака и помножен са 100)

3. **Број обављених контрола о бројности популације одраслих комараца на терену**
   (Извештава се као апсолутни број обављених контрола о бројности популације одраслих форми комараца на терену)

4. **Постојање протокола за излазак екипе на терен у писаној форми**

5. **Постојање протокола за сузбијање ларви комараца у писаној форми**

Извештавање о показатељима квалитета рада под редним бројем 1, 2 и 3 Завода за биоциде и медицинску екологију према надлежном заводу за јавно здравље врши се једном годишње на **Обрасцу 1**, а за показатеље 4. и 5. на **Обрасцу 2.**

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА РАДА ЗАВОДА ЗА БИОЦИДЕ И МЕДИЦИНСКУ ЕКОЛОГИЈУ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Месец.** Означава месец у посматраној години.

Колона 2: Број оперативних излазака. Уписати апсолутни број планских оперативних излазака у здравственим установама.

Колона 3: Број корективних мера након оперативних излазака. Уписати број корективних мера обављених након оперативних излазака.

Колона 4: Проценат корективних мера након оперативних излазака. Уписати проценат обављених корективних мера. *Израчунава се као број обављених корективних мера након оперативних излазака (колона 3) подељен са укупним бројем оперативних излазака у здравственим установама (колона 2) и помножен са 100.*

Колона 5: Број контролних излазака. Уписати број обављених контрола ради процене биолошке ефикасности након извршених третмана.

Колона 6: Проценат контролних излазака. Уписати проценат излазака након извршеног третмана. *Израчунава се као број контролних излазака након извршеног третмана ради процене биолошке ефикасности извршеног третмана (колона 5) подељен са укупним бројем излазака (колона 2) и помножен са 100.*

Колона 7: Број обављених контрола о бројности популације одраслих комараца на терену. Уписати број обављених контрола о бројности популације одраслих форми комараца на терену.

РЕД УКУПНО

У пољима која се односе на колоне 2, 3, 5 и 7 сумирати податке за све месеце. У поља која се односе на Проценат корективних мера, Проценат контролних излазака и Број обављених контрола о бројности популације комараца (колоне 4 и 6 и 7) уписати израчунате показатеље за ниво целе установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА РАДА ЗАВОДА ЗА БИОЦИДЕ И МЕДИЦИНСКУ ЕКОЛОГИЈУ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Р. б.	Месец	Број оперативних излазака	Број корективних мера након оперативних излазака	**Проценат корективних мера након оперативних излазака**	Број контролних излазака	**Проценат контролних излазака**	**Број обављених контрола о бројности популације одраслих комараца на терену**
0	1	2	3	4	5	6	7
1	Јануар						
2	Фебруар						
3	Март						
4	Април						
5	Мај						
6	Јун						
7	Јул						
8	Август						
9	Септембар						
10	Октобар						
11	Новембар						
12	Децембар						
Укупно							

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

ИЗВЕШТАЈ О ПОСТОЈАЊУ ПРОТОКОЛА

За показатеље квалитета рада Завода за биоциде и медицинску екологију наведене под редним бројем 4. (Постојање протокола за излазак екипе на терен у писаној форми) и 5. (Постојање протокола за сузбијање ларви комараца у писаној форми) користити Протокол који је описан у следећим документима система квалитета ЈУС ИСО 9001:2000.:

Постојање протокола за излазак екипе на терен у писаној форми

1. QP.DDD.01. Извршавање ДДД услуга
2. QU.DDD.01. Упутство о контроли извођења дезинфекције
3. QU.DDD.02. Упутство о контроли извођења дезинсекције
4. QU.DDD.03. Упутство о контроли извођења дератизације
5. QU.DDD.04. Упутство за попуњавање књиге позива
6. QU.DDD.05. Упутство за попуњавање налога за ДДД
7. QU.DDD.06. Упутство о извођењу и контроли фумигације

Постојање протокола за сузбијање ларви комараца у писаној форми

QP.DDD.02. Писмено упутство о контроли извођења дезинсекције

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе: Уписати тачан назив здравствене установе.

Колона 1: **Постојање протокола за излазак екипе на терен у писаној форми.** Уписати „1“ уколико постоји протокол за излазак екипа на терен у писаној форми, односно „0“ уколико не постоји.

Колона 2: Постојање протокола за сузбијање ларви комараца у писаној форми. Уписати „1“ уколико постоји развијен протокол за сузбијање ларви комараца у писаној форми, односно „0“ уколико не постоји.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О ПОСТОЈАЊУ ПРОТОКОЛА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Постојање протокола за излазак екипе на терен у писаној форми	Постојање протокола за сузбијање ларви комараца у писаној форми
1	2

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ Датум_____

5. Институти, заводи и службе за трансфузију крви

Показатељи квалитета у области трансфузије крви из члана 33. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите прате се у институту, заводу за трансфузију крви, као и служби за трансфузију крви која је у саставу друге здравствене установе.

Подаци потребни за израчунавање обавезних показатеља квалитета прикупљају се дневно за сваког појединачног лекара.

Дневна евиденција о прикупљању и издавању крви води се за сваког лекара појединачно и може је водити медицински техничар и/или административни радник, а лекар је верификује својим потписом.

На крају сваког месеца, подаци о прикупљању и издавању крви за сваког појединачног лекара, се сумирају и као такви уносе у образац за месечни извештај на нивоу службе.

Извештај о постојању одређених елемената система квалитета у служби за трансфузију (формиран регистар давалаца крви, примена упитника за даваоце крви, успостављене стандардне оперативне процедуре рада итд.) се односи на квалитативне показатеље квалитета. Овај извештај се попуњава за период од годину дана.

Свака служба, завод и институт за трансфузију крви, након годишњег периода израчунавањем показатеља формира извештај и попуњене обрасце број 3, 4, 5, 6 и 7 достављају окружном институту/заводу за јавно здравље.

Окружни институт/завод за јавно здравље прослеђује податке Институту за јавно здравље Србије, који све податке везане за показатеље квалитета у области трансфузије крви доставља у извештајној форми Институту за трансфузију крви Србије.

Институт за трансфузију крви Србије врши контролу достављених података и о евентуалним изменама обавештава Институт за јавно здравље Србије, како би оне биле унете у базу података. На основу исконтролисаних података, Институт за трансфузију крви Србије сачињава анализу о квалитету рада служби/завода/института за трансфузију крви и доставља је Институту за јавно здравље Србије.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПРИКУПЉАЊУ И ИЗДАВАЊУ КРВИ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа.

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА

Уписати пуно име и презиме лекара

МАТИЧНИ БРОЈ ЛЕКАРА

У предвиђене кућице уписати матични број лекара.

Колона 0: Датум. Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колона 1: Број давања крви у мобилном тиму. Уписати број давања крви добровољних давалаца крви (ДДК) у мобилном тиму (на терену) за одређени датум (дан).
Напомена: Податак се преписује из протокола за евиденцију давалаца у мобилном тиму.

Колона 2: Број давања крви у установи. Уписати број давања крви ДДК у установи (Институт, Завод, Служба за трансфузију крви) за одређени датум (дан).
Напомена: Податак се преписује из протокола за евиденцију давалаца у установи.

Колона 3: Број прегледаних давалаца. Уписати укупан број давалаца које је лекар прегледао за тај датум (дан)
Напомена: Податак се преписује из протокола за евиденцију давалаца, а обухвата све прегледане даваоце (оне који су дали крв, као и враћене даваоце) за тај дан.

Колона 4: Број наменских давања. Уписати укупан број наменских (породичних) давања крви ДДК за одређени датум (дан).
Напомена: Податак се преписује из протокола за евиденцију наменских давања.

Колона 5: Број прикупљених јединица ă 450. Уписати укупан број прикупљених јединица крви запремине 450мл за одређени датум (дан).
Напомена: Податак се преписује из спроводног листа за даваоце, протокола за евиденцију давалаца или из извештаја добијених аутоматском обрадом података (компјутерски извештаји).

Колона 6: Број прикупљених јединица ă 350. Уписати укупан број прикупљених јединица крви запремине 350мл за одређени датум (дан).
Напомена: Податак се преписује из спроводног листа за даваоце, протокола за евиденцију давалаца или из извештаја добијених аутоматском обрадом података (компјутерски извештаји).

Колона 7: Укупан број давања. Уписати укупан број давања крви ДДК за одређени датум (одређује се као укупан број давалаца који су дали крв за тај датум и представља збир прикупљених јединица крви запремине 450мл и 350мл).
Напомена: Податак се израчунава као збир података из колоне 5 и колоне 6.

Колона 8: Број издатих јединица целе крви. Уписати укупан број јединица целе крви издатих клиничким установама и службама ради примене за одређени датум (дан).
Напомена: Податак се преписује из протокола за издавање крви или из извештаја добијених аутоматском обрадом података (компјутерски извештаји).

Колона 9: Број издатих јединица еритроцита. Уписати укупан број јединица еритроцита (деплазматисана крв/концентровани еритроцити, ресуспендовани еритроцити, делеукоцитовани еритроцити) издатих клиничким установама и службама ради примене за одређени датум (дан).
Напомена: Податак се преписује из протокола за издавање крви или из извештаја добијених аутоматском обрадом података (компјутерски извештаји).

Колона 10: Број издатих делеукоцитованих еритроцита. Уписати укупан број јединица делеукоцитованих еритроцита издатих клиничким установама и службама ради примене за одређени датум (дан).
Напомена: Податак се преписује из протокола за издавање крви или из извештаја добијених аутоматском обрадом података (компјутерски извештаји).

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „ укупно“.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПРИКУПЉАЊУ И ИЗДАВАЊУ КРВИ
ЗА _____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА _____
МАТИЧНИ БРОЈ ЛЕКАРА |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Датум	Број давања крви у мобилном тиму	Број давања крви у установи	Број прегледаних давалаца	Број наменских давања	Број прикупљених јединица à 450	Број прикупљених јединица à 350	Укупан број давања	Број издатих. јединица целе крви	Број издатих јединица Ер	Број издатих делеукоц. Ер
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
Укупно										

Извештај урадио/ла _____ **Датум** _____

Потпис и факсимил лекара _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПРИКУПЉАЊУ И ИЗДАВАЊУ КРВИ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице. Уписати тачан назив организационе јединице.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Име и презиме лекара. Уписати пуно име и презиме одређеног лекара.

Колона 2: Број давања крви у мобилном тиму. Уписати укупан број давања крви добровољних давалаца крви (ДДК) у мобилном тиму (на терену) за одређеног лекара у току месеца.
Напомена: Узима се из реда „укупно“ колоне 1 обрасца 1 за одређеног лекара.

Колона 3: Број давања крви у установи. Уписати укупан број давања крви ДДК у установи (Институт, Завод, Служба за трансфузију крви) за одређеног лекара у току месеца.
Напомена: Узима се из реда „укупно“ колоне 2 обрасца 1 за одређеног лекара.

Колона 4: Број прегледаних давалаца. Уписати укупан број давалаца које је лекар прегледао за тај месец.
Напомена: Узима се из реда „укупно“ колоне 3 обрасца 1 за одређеног лекара.

Колона 5: Број наменских давања. Уписати укупан број наменских (породичних) давања крви ДДК које је потписао/одобрио одређени лекар у току месеца .
Напомена: Узима се из реда „укупно“ колоне 4 обрасца 1 за одређеног лекара.

Колона 6: Број прикупљених јединица ă 450. Уписати укупан број прикупљених јединица крви запремине 450мл за одређени месец.
Напомена: Узима се из реда „укупно“ колоне 5 обрасца 1 за одређеног лекара.

Колона 7: Број прикупљених јединица ă 350. Уписати укупан број прикупљених јединица крви запремине 350мл за одређени месец.
Напомена: Узима се из реда „укупно“ колоне 6 обрасца 1 за одређеног лекара.

Колона 8: Укупан број давања крви. Уписати укупан број давања крви ДДК за одређени месец које је одобрио/потписао одређени лекар (одређује се као укупан број давалаца који су дали крв за тај месец и представља збир прикупљених јединица крви запремине 450мл и 350мл).
Напомена: Узима се из реда „укупно“ колоне 7 обрасца 1 за одређеног лекара.

Колона 9: Број издатих јединица целе крви. Уписати укупан број јединица целе крви које је одређени лекар одобрио за издавање клиничким установама и службама ради примене за одређени месец.
Напомена: Узима се из реда „укупно“ колоне 8 обрасца 1 за одређеног лекара.

Колона 10: Број издатих јединица еритроцита. Уписати укупан број јединица еритроцита (деплазматисана крв/концентровани еритроцити, ресуспендовани еритроцити, делеукоцитовани еритроцити) издатих клиничким установама и службама ради примене за одређени месец.
Напомена: Узима се из реда „укупно“ колоне 9 обрасца 1 за одређеног лекара.

Колона 11: Број издатих делеукоцитованих еритроцита. Уписати укупан број јединица делеукоцитованих еритроцита које је одређени лекар одобрио за издавање клиничким установама и службама ради примене за одређени месец
Напомена: Узима се из реда „укупно“ колоне10 обрасца 1 за одређеног лекара.

РЕД УКУПНО:

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „ укупно“.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О ПРИКУПЉАЊУ И ИЗДАВАЊУ КРВИ ЗА _____20___.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице _____

Ред.бр.	Име и презиме лекара	Број давања крви у мобилном тиму	Број давања крви у установи	Број прегледаних давалаца	Број наменских давања	Број прикупљених јединица à 450	Број прикупљених јединица à 350	Укупан број давања	Број издатих јед. целе крви	Број издатих јединица Ер	Број издатих делеукоц. Ер
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
УКУПНО											

Извештај урадио/ла _____ **Потпис и факсимил начелника службе** _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

ИЗВЕШТАЈ О ПРИКУПЉАЊУ И ИЗДАВАЊУ КРВИ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу

Напомена: Подаци потребни за попуњавање Обрасца 3 добијају се из сумирањем података из Обрасца 2 за наведену годину.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Организациона јединица. Уписати пун назив организационе јединице (нпр. Одељење за прикупљање крви, Одсек за плазмаферезе, Одсек за тромбоцитаферезе и сл.).
Напомена: Уколико у Служби трансфузије не постоје организационе јединице уписивати податке само у рубрику „укупно“.

Колона 2: Број лекара. Уписати еквивалент пуног радног времена (FTE) лекара за одређену организациону јединицу.
Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолошког упутства.

Колона 3: Број давања крви у мобилном тиму. Уписати укупан број давања крви добровољних давалаца крви (ДДК) у мобилном тиму (на терену) за наведену годину.

Колона 4: Број давања крви у установи. Уписати број укупан давања крви ДДК у установи (Институт, Завод, Служба за трансфузију крви) за наведену годину.

Колона 5: Број прегледаних ДДК (добровољних давалаца крви). Уписати укупан број давалаца прегледаних од стране лекара одређене организационе јединице за наведену годину.

Колона 6: Број наменских давања. Уписати укупан број наменских (породичних) давања крви ДДК које су потписали/одобрили лекари одређене организационе јединице за наведену годину.

Колона 7: Број прикупљених јединица ă 450. Уписати укупан број прикупљених јединица крви запремине 450мл на нивоу одређене организационе јединице за наведену годину.

Колона 8: Број прикупљених јединица ă 350. Уписати укупан број прикупљених јединица крви запремине 350мл на нивоу одређене организационе јединице за наведену годину.

Колона 9: Укупан број давања. Уписати укупан број давања крви ДДК које су одобрили/потписали лекари одређене организационе јединице за наведену годину.
(Одређује се као укупан број давалаца који су дали крв за тај месец и представља збир прикупљених јединица крви запремине 450мл и 350мл).
Напомена: Израчунава се као збир података из колоне 7 и 8.

Колона 10: Број издатих јединица целе крви. Уписати укупан број јединица целе крви издатих клиничким установама и службама ради примене за наведену годину.

Колона 11: Број издатих јединица еритроцита. Уписати укупан број јединица еритроцита (деплазматисана крв/концентровани еритроцити, ресуспендовани еритроцити, делеукоцитовани еритроцити) издатих клиничким установама и службама ради примене за наведену годину.

Колона 12: Број издатих делеукоцитованих еритроцита. Уписати укупан број јединица делеукоцитованих еритроцита издатих клиничким установама и службама ради примене од стране лекара одређене организационе јединице за наведену годину.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке и унети у ред „ укупно“.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уписати датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПРИКУПЉАЊУ И ИЗДАВАЊУ КРВИ
ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Р. бр.	Организациона јединица	Број лекара	Број давања крви у мобилном тиму	Број давања крви у установи	Број прегледаних ДДК	Број наменских давања	**Број прикупљених јединица à 450**	**Број прикупљених јединица à 350**	Укупан број давања	Број издатих јед. целе крви	Број издатих јединица Ер	Бр. издатих деЛе Ер
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
УКУПНО												

Извештај урадио/ла _____ **Директор** _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ПОКАЗАТЕЉИ ПРИКУПЉАЊА И ИЗДАВАЊА КРВИ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Организациона јединица. Уписати пун назив организационе јединице (нпр. Одељење за прикупљање крви, Одсек за плазмаферезе, Одсек за тромбоцитаферезе и сл.).
Напомена: Уколико у Служби трансфузије не постоје организационе јединице уписивати податке само у рубрику „укупно“.

Колона 2: Просечан број давања крви ДДК по лекару. Израчунати просечан број давања крви ДДК по лекару.
Израчунава се као укупан број давања крви добровољних давалаца крви (ДДК) у наведеној години (колона 9 образац 3) подељен са бројем лекара (колона 2 образац 3).

Колона 3:Проценат наменских давања крви. Израчунати проценат наменских давања крви ДДК.
Израчунава се као број наменских давања крви ДДК (колона 6 Образац 3) подељен са бројем укупних давања крви (колона 9 Образац 3) и помножен са 100.

Колона 4. Проценат давања крви на терену. Израчунати проценат давања крви ДДК на терену.
Израчунава се као број давања крви на терену у мобилном тиму (колона 3 Образац 3) подељен са бројем укупних давања крви (колона 9 Образац 3) и помножен са 100.

Колона 5. Проценат издатих јединица целе крви. Израчунати проценат издатих јединица целе крви.
Израчунава се као број издатих јединица целе крви у наведеној години (колона 10 образац 3) подељен са бројем укупно прикупљених јединица целе крви (колона 9 образац 3) и помножен са 100.

Колона 6: Проценат издатих еритроцита осиромашених леукоцитима.
Израчунати проценат издатих еритроцита осиромашених леукоцитима. *Израчунава се као број издатих еритроцита осиромашених леукоцитима у наведеној години (колона 12 образац 3) подељен са бројем укупно издатих еритроцита (колона 11 образац 3) и помножен са 100.*

РЕД УКУПНО

Уписати израчунате показатеље за ниво здравствене установе.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уписати датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО:_____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _____

ПОКАЗАТЕЉИ ПРИКУПЉАЊА И ИЗДАВАЊА КРВИ
ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Ред. бр.	Организациона јединица	**Просечан број давања крви ДДК по лекару**	**Проценат наменских давања крви**	**Проценат давања крви на терену**	**Проценат издатих јединица целе крви**	**Проценат издатих делеукоцитованих еритроцита**
0	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
УКУПНО						

Извештај урадио/ла _____ **Директор** _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

ИЗВЕШТАЈ О ПРИКУПЉАЊУ КРВИ

Извештај се води за ниво здравствене установе у целини.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број лекара. Уписати еквивалент пуног радног времена (FTE) укупног броја лекара у служби (заводу, институту) за трансфузију крви (у овај број се урачунава и директор завода, односно института за трансфузију крви, ако је лекар).
Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолошког упутства.

Колона 2: Број прегледаних ДДК (добровољних давалаца крви). Уписати укупан број добровољних давалаца крви прегледаних у наведеној години.
Напомена: Податак се узима из реда „укупно“ колоне 5 Обрасца 3.

Колона 3: Укупан број давања крви. Уписати укупан број давања крви ДДК у наведеној години.
Напомена: Податак се узима из реда „укупно“ колоне 9 Обрасца 3.

Колона 4: Просечан број прегледаних ДДК по лекару. Израчунати просечан број прегледаних ДДК по лекару.
Израчунава се када се укупан број прегледаних добровољних давалаца крви (колона 2) подели са укупним бројем лекара у служби (заводу институту) за трансфузију крви (колона 1).

Колона 5: Просечан број давања крви ДДК по лекару. Израчунати просечан број давања крви ДДК по лекару.
Израчунава се када се укупан број давања крви (колона 3) подели са укупним бројем лекара у служби (заводу институту) за трансфузију крви (колона 1).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О ПРИКУПЉАЊУ КРВИ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Укупан број лекара у служби (заводу) за трансфузију	Укупан број прегледаних ДДК	Укупан број давања крви	**Просечан број прегледаних ДДК по лекару**	**Просечан број давања крви ДДК по лекару**
1	2	3	4	5

Извештај урадио/ла _____ **Директор** _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 6

КВАЛИТАТИВНИ ПОКАЗАТЕЉИ РАДА
СЛУЖБИ ЗА ТРАНСФУЗИЈУ КРВИ

Извештај се води на нивоу здравствене установе у целини.

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Образац 9 је табеларни извештај о постојању одређених елемената система квалитета у служби за трансфузију. У табели/извештају су под редним бројевима од 1-10 поређана питања на која је потребно одговорити са ДА, НЕ или ДЕЛИМИЧНО, означавањем одговарајуће рубрике у колонама 2,3 и 4.

Ред 1: Одговорити са ДА или НЕ на питање да ли је у служби за трансфузију формиран регистар давалаца крви.

Ред 2: Одговорити да ли се користи »Упитник за даваоце крви« (усвојен на нациналном нивоу). Одговорити са ДА ако упитник попуњава сваки потенцијални давалац крви, са ДЕЛИМИЧНО ако постоје даваоци који не попуњавају упитник, а са НЕ уколико упитник није у употреби.

Ред 3: Одговорити са ДА или НЕ на питање да ли се у Служби за трансфузију примењују публиковани национални критеријуми за селекцију давалаца крви.

Ред 4: Одговорити са ДА или НЕ на питање да ли се у Служби за трансфузију примењује публикован национални алгоритам обавезних тестирања давалаца крви на маркере трансмисивних болести.

Ред 5: Одговорити са ДА ако се у клиничкој установи користе сви национални водичи за терапију компонената крви, са ДЕЛИМИЧНО ако се у клиничкој установи користе само неки од публикованих националних водича за терапију компонената крви и са НЕ ако се у клиничкој установи не користи ни један од националних водича за терапију компонената крви.

Ред 6: Одговорити са ДА уколико сва клиничка одељења поседују национално усвојене формуларе за пријаву посттрансфузијских реакција и ако постоји написана процедура о начину пријављивања посттрансфузијских реакција. Одговорити са ДЕЛИМИЧНО ако се посттрансфузијске реакције пријављују, али без постојања писане процедуре о начину пријављивања. Одговорити са НЕ уколико се посттрансфузијске реакције не пријављују у писаној форми.

Ред 7: Одговорити са ДА уколико се у Служби за трансфузију крви примењују писане стандардне оперативне процедуре (СОП) у сва четири основна сегмента трансфузијске делатности: колекција крви, процесирање крви, тестирање крви, лабораторијска дијагностика (означити све рубрике од 7.1 до 7.5), са ДЕЛИМИЧНО уколико се примењују само у неким сегментима (означити одговарајуће рубрике од 7.1-7.5), са НЕ уколико ни у једном сегменти не постоје написане СОП .

Ред 8: Одговорити са ДА уколико се обавља контрола квалитета свих произведених типова крвних компоненти (фамилија продукта), са ДЕЛИМИЧНО ако се контролише квалитет само неких типова

крвних компоненти, а са НЕ уколико не постоји контрола квалитета произведених крвних компоненти
Напомена: као додатак овом питању треба попунити образац бр 10.

Ред 9: Одговорити са ДА или НЕ на питање да ли се у служби за трансфузију води евиденција (писани или електронски запис) о пријему и дистрибуцији јединица крви узетих из других установа.

Ред 10: Одговорити са ДА или НЕ на питање да ли постоји одговарајуће писано упутство и формулар за пријаву неусаглашености или инцидената (формализована процедура за пријаву неусаглашености и инцидената).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

КВАЛИТАТИВНИ ПОКАЗАТЕЉИ РАДА СЛУЖБИ ЗА ТРАНСФУЗИЈУ КРВИ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Ред. бр	Показатељи квалитета	ДА	НЕ	ДЕЛИМИЧНО
0	1	2	3	4
1	Формиран регистар давалаца крви			
2	Примена упитника за даваоце крви			
3	Примена националних критеријума за селекцију давалаца крви			
4	Примена нац ионалног алгоритма обавезних тестирања узорака крви давалаца на маркере трансфузијски трансмисивних инфекција			
5	Примена националних водича за терапију компонентама крви			
6	Успостављене формалне процедуре за евидентирање посттрансфузијских реакција			
7	Успостављене стандардне оперативне процедуре рада			
	7.1 Колекција крви			
	7.2 Процесирање крви			
	7.3 Тестирање крви			
	7.4 Клиничка трансфузија			
	7.5 Лабораторијска дијагностика			
8	Успостављене формалне процедуре за контролу квалитета компонената крви			
9	Евиденција о пријему и дистрибуцији јединица крви узетих из других установа			
10	Постојање формализоване процедуре за пријаву неусаглашености и инцидената			

Извештај урадио/ла _____

Директор _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 7

ИЗВЕШТАЈ О КОНТРОЛИ КВАЛИТЕТА КОМПОНЕНАТА КРВИ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Попуњавање колона у овом обрасцу зависи од одговора на питање бр. 8 у обрасцу бр. 9. Уколико је одговор на питање број 8 НЕ, попуњава се само колона број 2, а уколико су одговори на питање ДА и ДЕЛИМИЧНО попуњавају се колоне 2, 3 и 4.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Фамилија продуката.** Означава фамилију продуката која се подвргава контроли квалитета.

Колона 2: **Број произведених јединица.** Уписати укупан број произведених јединица одговарајуће крвне компоненте за наведену годину.

Колона 3: **Број контролисаних јединица.** Уписати укупни број јединица одговарајуће крвне компоненте које су контролисане у наведеној години.

Колона 4: Проценат контролисаних јединица. Уписати проценат контролисаних јединица одговарајуће крвне компоненте у наведеној години.
Израчунава се када се број контролисаних јединица крвне компоненте (колона 3) подели са бројем укупно произведених јединица крвне компоненте (колона 2) и помножи бројем 100.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИЗВЕШТАЈ О КОНТРОЛИ КВАЛИТЕТА КОМПОНЕНАТА КРВИ

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Ред. бр.	Фамилија продуката	Број произведених јединица	Број контролисаних јединица	**Проценат контролисаних јединица**
0	1	2	3	4
1	**Еритроцити**			
2	**Тромбоцити**			
3	**Замрзнута свежа плазма**			

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум** _____

6. Институт за медицину рада Србије „Др Драгомир Карајовић“

Показатељи квалитета здравствене делатности која се обавља на више нивоа из члана 34. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите прате се у Институту за медицину рада Србије „Др Драгомир Карајовић“ (у даљем тексту Институт).

Подаци о броју превентивних прегледа код запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком и код запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити прикупљају се месечно, за сваког појединачног специјалисту медицине рада који ради на тим пословима у Институту, а према подацима из протокола претходних и периодичних прегледа.

Подаци о броју запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту прикупљају се месечно, за сваког послодавца који је уговорио едукацију о ризицима по здравље на радном месту са Институтом.

Месечну евиденцију о наведеним подацима води главна медицинска сестра Института, уписивањем у обрасце **1**, **2** и **3**.

Институт, након једногодишњег периода, израчунавањем показатеља, формира извештај и попуњени образац **4,** заједно са обрасцима **6** и **8** (годишњи извештај о броју написаних и усвојених методолошких упутстава и годишњи извештај о броју утврђених и верификованих професионалних болести на територији Републике Србије) доставља Градском заводу за јавно здравље Београд који их уноси у базу података.

Анализу показатеља квалитета обавља Институт за медицину рада Србије „Др Драгомир Карајовић“ и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ
О БРОЈУ ПРЕВЕНТИВНИХ ЛЕКАРСКИХ ПРЕГЛЕДА КОД ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ РАДЕ НА РАДНИМ МЕСТИМА СА ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Име и презиме специјалисте медицине рада.** Уписати пуно име и презиме одређеног специјалисте медицине рада**.**

Колона 2: Број превентивних лекарских прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком. Уписати укупан број превентивних прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком које је обавио одређени специјалиста медицине рада у току наведеног месеца.

Напомена: Узимају се у обзир претходни и периодични лекарски прегледи.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ
О БРОЈУ ПРЕВЕНТИВНИХ ЛЕКАРСКИХ ПРЕГЛЕДА КОД ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ РАДЕ НА РАДНИМ МЕСТИМА СА ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ
ЗА _____20____. год.

Назив организационе јединице нижег нивоа/службе_____

Ред. бр.	Име и презиме специјалисте медицине рада	Број превентивних прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком
0	1	2
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
Укупно		

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПРЕВЕНТИВНИХ ЛЕКАРСКИХ ПРЕГЛЕДА КОД ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ СУ ИЗЛОЖЕНИ ЈОНИЗУЈУЋЕМ И НЕЈОНИЗУЈУЋЕМ ЗРАЧЕЊУ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив организационе јединице нижег нивоа: Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Име и презиме специјалисте медицине рада.** Уписати пуно име и презиме одређеног специјалисте медицине рада.

Колона 2: Број превентивних лекарских прегледа запослених који су изложени јонузујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити. Уписати укупан број превентивних лекарских прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком које је обавио одређени специјалиста медицине рада у току наведеног месеца.

Напомена: Узимају се у обзир претходни и периодични лекарски прегледи.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати њено/његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ
О БРОЈУ ПРЕВЕНТИВНИХ ЛЕКАРСКИХ ПРЕГЛЕДА КОД ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ СУ ИЗЛОЖЕНИ ЈОНИЗУЈУЋЕМ И НЕЈОНИЗУЈУЋЕМ ЗРАЧЕЊУ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

ЗА _____20____.год.

Назив организационе јединице нижег нивоа/службе_____

Ред. бр.	Име и презиме специјалисте медицине рада	Број превентивних прегледа запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити
0	1	2
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
Укупно		

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ СУ ОБУХВАЋЕНИ ЕДУКАЦИЈОМ О РИЗИЦИМА ПО ЗДРАВЉЕ НА РАДНОМ МЕСТУ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив организационе јединице нижег нивоа: Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Назив послодавца.** Уписати тачан назив послодавца.
Напомена: Узима се у обзир послодавац који је послове едукације запослених о ризицима по здравље на радном месту уговорио са Институтом.

Колона 2: Укупан број запослених код послодавца који је уговорио послове едукације запослених о ризицима по здравље на радном месту. Уписати укупан број запослених код послодавца који је уговорио едукацију запослених о ризицима на радном месту.

Колона 3: Број запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту. Уписати укупан број запослених код одређеног послодавца, који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту у наведеном месецу.
Напомена: Узима се у обзир едукација запослених о ризицима по здравље на радном месту која се обавља у форми рада у малим групама и/или предавања.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и 3 и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати њено/његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ЗАПОСЛЕНИХ КОЈИ СУ ОБУХВАЋЕНИ ЕДУКАЦИЈОМ О РИЗИЦИМА ПО ЗДРАВЉЕ НА РАДНОМ МЕСТУ

ЗА _____20____.год.

Назив здравствене установе_____

Назив организационе јединице нижег нивоа/службе_____

Редни број	Назив послодавца	Укупан број запослених код послодавца који је уговорио едукацију о ризицима на радном месту	Број запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту
0	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
Укупно			

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

ИЗВЕШТАЈ О ПРЕВЕНТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА ЗАПОСЛЕНИХ И ЕДУКАЦИЈИ О РИЗИЦИМА ПО ЗДРАВЉЕ НА РАДНОМ МЕСТУ

Извештај се води на нивоу Института.

На предвиђеној линији у наслову уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази установа.
Назив здравствене установе Уписати тачан назив здравствене установе.

Колона 1: Број специјалиста медицине рада који обављају превентивне прегледе запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком. Уписати еквивалент пуног радног времена (FTE) специјалиста медицине рада у Институту који су обављали превентивне прегледе запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком у наведеној години.
Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолошког упутства.

Колона 2: **Број специјалиста медицине рада који обављају превентивне прегледе запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити.** Уписати еквивалент пуног радног времена (ФТЕ) специјалиста медицине рада у Институту који су обављали превентивне прегледе запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити у наведеној години.
Напомена: поступак израчунавања ФТЕ објашњен у уводу Методолошког упутства.

Колона 3: Број запослених код послодаваца који су уговорили послове едукације запослених о ризицима по здравље на радном месту са Институтом. Уписати укупан број запослених код свих послодаваца који су уговорили послове едукације запослених о ризицима по здравље на радним местима са повећаним ризиком са Институтом у наведеној години.

Колона 4: Број превентивних лекарских прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком. Уписати укупан број превентивних лекарских прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком који су урађени у наведеној години.
Напомена: Под превентивним лекарским прегледом подразумевају се претходни и периодични лекарски прегледи.

Колона 5: Број превентивних лекарских прегледа запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити. Уписати укупан број превентивних лекарских прегледа запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити који су урађени у наведеној години.
Напомена: Под превентивним лекарским прегледом подразумевају се претходни и периодични лекарски прегледи.

Колона 6: Број запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту Уписати укупан број запослених код свих послодаваца, који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту у наведеној години.

Колона 7: Просечан број превентивних лекарских прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком по специјалисти медицине рада. Израчунати просечан број превентивних лекарских прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком по специјалисти медицине рада, за наведену годину. *Израчунава се као укупан број превентивних лекарских прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком (колона 4) подељен бројем специјалиста медицине рада (колона 1).*

Колона 8: Просечан број превентивних лекарских прегледа запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити по специјалисти медицине рада. Израчунати просечан број превентивних лекарских прегледа запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити по специјалисти медицине рада, за наведену годину. *Израчунава се као укупан број превентивних лекарских прегледа запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити (колона 5) подељен бројем специјалиста медицине рада (колона 2).*

Колона 9: Проценат запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту Израчунати проценат запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту у наведеној години.
Израчунава се као укупан број запослених, који су обухваћени едукцијом о ризицима по здравље на радном месту (колона 6), подељен укупним бројем запослених код свих послодаваца који су уговорили едукацију о ризицима по здравље на радним местима са Институтом (колона 3) и помножен са 100.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ___ _____*

ИЗВЕШТАЈ О ПРЕВЕНТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА ЗАПОСЛЕНИХ И ЕДУКАЦИЈИ О РИЗИЦИМА ПО ЗДРАВЉЕ НА РАДНОМ МЕСТУ

ЗА _____ годину

Назив здравствене установе _____

Број специјалиста медицине рада који обављају превентивне прегледе запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком	Број специјалиста медицине рада који обављају превентивне преглед запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити	Број запослених код свих послодаваца који су уговорили послове едукације запослених о ризицима по здравље на радном месту са Институтом	Број превентивних прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком	Број превентивних прегледа запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити	Број запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту	**Просечан број превентивних прегледа запослених који раде на радним местима са повећаним ризиком, по специјалисти медицине рада**	**Просечан број превентивних прегледа запослених који су изложени јонизујућем и нејонизујућем зрачењу у здравственој заштити, по специјалисти медицине рада**	**Проценат запослених који су обухваћени едукацијом о ризицима по здравље на радном месту**
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР_____** **Датум_____**

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

ГОДИШЊИ БРОЈ НАПИСАНИХ И УСВОЈЕНИХ СТРУЧНО-МЕТОДОЛОШКИХ УПУТСТАВА У ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЕ РАДА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Назив стручно-методолошког упутства.** Уписати назив написаног и усвојеног стручно-методолошког упуства**.**

Колона 2: Број стручно-методолошких упутстава. Уписати број написаних и усвојених стручно-методолошких упутстава у току наведене године.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати њено/његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

БРОЈ НАПИСАНИХ И УСВОЈЕНИХ
СТРУЧНО-МЕТОДОЛОШКИХ УПУТСТАВА
ЗА 20____. год.

Назив организационе јединице нижег нивоа/службе_____

Ред. бр.	Назив стручно-методолошког упутства	Број стручно-методолошких упутстава
0	1	2
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
Укупно		

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 6

ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ НАПИСАНИХ И УСВОЈЕНИХ СТРУЧНО-МЕТОДОЛОШКИХ УПУТСТАВА У ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЕ РАДА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Назив организационе јединице.** Уписати назив организационе јединице у којој је израђено методолошко упутство**.**

Колона 2: Број усвојених стручно-методолошких упутстава. Уписати број написаних и усвојених стручно-методолошких упутстава у току наведене године.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ НАПИСАНИХ И УСВОЈЕНИХ СТРУЧНО-МЕТОДОЛОШКИХ УПУТСТАВА ЗА _____. год.

Назив здравствене установе_____

Ред. бр.	Назив организационе јединице	Број усвојених стручно-методолошких упутстава
0	1	2
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
Укупно		

Извештај урадио/ла **_____**

ДИРЕКТОР **_____** **Датум_____**

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 7

ГОДИШЊИ БРОЈ УТВРЂЕНИХ И ВЕРИФИКОВАНИХ ПРОФЕСИОНАЛНИХ БОЛЕСТИ У СРБИЈИ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Територија на којој је утврђена и верификована професионална болест.** Уписати назив територије (Београд, Војводина, централна Србија) на којој је утврђена и верификована професионална болест**.**

Колона 2: Број утврђених и верификованих професионалних болести. Уписати број утврђених и верификованих професионалних болести у току наведене године.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране одговорног лица.

БРОЈ УТВРЂЕНИХ И ВЕРИФИКОВАНИХ ПРОФЕСИОНАЛНИХ БОЛЕСТИ У СРБИЈИ ЗА _____. год.

Назив организационе јединице нижег нивоа/службе_____

Ред. бр.	Територија	Број утврђених и верификованих професионалних болести
0	1	2
1	Београд	
2	Војводина	
3	Централна Србија	
Укупно		

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 8

ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ УТВРЂЕНИХ И ВЕРИФИКОВАНИХ ПРОФЕСИОНАЛНИХ БОЛЕСТИ У СРБИЈИ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се извештај односи.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: **Територија на којој је утврђена и верификована професионална болест.** Уписати назив територије (Београд, Војводина, централна Србија) на којој је утврђена и верификована професионална болест**.**

Колона 2: Број утврђених и верификованих професионалних болести. Уписати број утврђених и верификованих професионалних болести у току наведене године. Податак се добија сумирањем података из обрасца 7 за све појединачне организационе целине.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 2 и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ УТВРЂЕНИХ И ВЕРИФИКОВАНИХ ПРОФЕСИОНАЛНИХ БОЛЕСТИ У СРБИЈИ ЗА 20____. год.

Назив здравствене установе_____

Ред. бр.	Територија	Број утврђених и верификованих професионалних болести
0	1	2
1	Београд	
2	Војводина	
3	Централна Србија	
Укупно		

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ Датум_____

7. Завод за судску медицину

Показатељи квалитета рада за здравствену делатност која се обавља на више нивоа – завод за судску медицину из члана 35. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите (»Службени гласник РС«, број 49/10), прате се у Заводу за судску медицину у Нишу, као и у Институту за судску медицину при Медицинском факултету Универзитета у Београду, Институту за судску медицину у оквиру КЦ Војводине и Служби за судску медицину у оквиру КЦ Крагујевац.

Подаци потребни за израчунавање показатеља се прикупљају месечно за сваког лекара/здравственог сарадника појединачно.

Месечну евиденцију о броју обављених обдукција, токсиколошких анализа, вештачења судских списа и клиничких прегледа води начелник службе из обдукционог записника.

Месечну евиденцију о просечном времену слања резултата обављених обдукција за које није потребно радити додатне анализе и обдукција за које је потребно радити додатне анализе води сваки лекар за себе.

На крају месеца начелник службе уноси податке из обдукционог записника у **образац 1**, за одређени месец, уносећи укупан број обављених обдукција, токсиколошких анализа, вештачења судских списа и клиничких прегледа у одговарајућу колону. Образац 1 представља месечни извештај на нивоу установе.

На крају месеца лекар уноси податке у **образац 3 и 4**, за одређени месец, уносећи број обављених обдукција без додатних анализа, време када је завршена обдукција без додатних анализа, време када је послат резултат обдукције без додатних анализа, број обављених обдукција са додатним анализама, време када је завршена обдукција са додатним анализама, време када је послат резултат обдукције са додатнним анализама, као и временске интервале I и II у одговарајућу колону. Евиденциони лист (образац 3 и 4) се воде за сваког лекара појединачно.

На крају године подаци из обрасца 1 за све месеце се сумирају и као такви уносе у **образац 2**. Такође, подаци из обрасца 3 и 4 за све лекаре се сумирају и као такви се уносе у **образац 5**. Израчунавањем показатеља за установу у целини формирају се извештаји и попуњени **обрасци 2 и 5** достављају окружном институту/заводу за јавно здравље.

Окружни институт/завод за јавно здравље прослеђује податке Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, који све податке везане за показатеље квалитета рада у области завода за судску медицину, доставља у извештајној форми установи одговорној за контролу и анализу података за дату годину.

Завод за судску медицину у Нишу, Институт за судску медицину у оквиру КЦ Војводине и Служба за судску медицину у оквиру КЦ Крагујевац, наведеним редоследом наизменично, почевши од 2011. године, врше контролу достављених података и о евентуалним изменама обавештавају Институт за јавно здравље Србије, како би оне биле унете у базу података, а потом сачињавају анализу и коначан извештај достављају Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ ОБАВЉЕНИХ ОБДУКЦИЈА, ТОКСИКОЛОШКИХ АНАЛИЗА, ВЕШТАЧЕЊА СУДСКИХ СПИСА И КЛИНИЧКИХ ПРЕГЛЕДА

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Назив здравствене установе. Уписати назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

Колона 0: Означава број реда.

Колона 1: Име и презиме лекара/здравственог сарадника. Уписати пуно име и презиме лекара специјалисте судске медицине/здравственог сарадника високе стручне спреме.

Колона 2: Број обављених обдукција. Уписати укупан број обављених обдукција које је урадио одређени лекар у току месеца.

Колона 3: Број вештачења судских списа. Уписати укупан број обављених вештачења судских списа које је урадио одређени лекар у току месеца.

Колона 4: Број клиничких прегледа. Уписати укупан број обављених клиничких прегледа које је урадио одређени лекар у току месеца.

Колона 5: Број обављених токсиколошких анализа. Уписати укупан број обављених токсиколошких анализа које је урадио одређени здравствени сарадник у току месеца.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред "укупно".

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе, на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ ОБАВЉЕНИХ ОБДУКЦИЈА, ТОКСИКОЛОШКИХ АНАЛИЗА, ВЕШТАЧЕЊА СУДСКИХ СПИСА И КЛИНИЧКИХ ПРЕГЛЕДА ЗА _____200__.год.

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Назив организационе јединице нижег нивоа _____

Ред. бр.	Име и презиме лекара/здравственог сарадника	Број обављених обдукција	Број вештачења судских списа	Број клиничких прегледа	Број обављених токсиколошких анализа
0	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
Укупно					

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил начелника службе _____

Датум _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА ЗАВОДА ЗА СУДСКУ МЕДИЦИНУ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број лекара. Уписати еквивалент пуног радног времена (FTE) лекара специјалиста судске медицине у установи.
Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолшког упутства.

Колона 2: Број обављених обдукција - укупно. Уписати укупан број обављених обдукција у наведеној години (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 2 колона 2 свих месечних извештаја).

Колона 3: **Број обављених обдукција – по лекару.** Израчунати број обављених обдукција – по лекару.
Израчунава се као укупан број обављених обдукција (колона 2) подељен са бројем лекара (колона 1).

Колона 4: Број вештачења судских списа - укупно. Уписати укупан број обављених вештачења судских списа у наведеној години (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 2 колона 3 свих месечних извештаја).

Колона 5: Број вештачења судских списа – по лекару. Израчунати број вештачења судских списа – по лекару.
Израчунава се као укупан број вештачења судских списа (колона 4) подељен са бројем лекара (колона 1).

Колона 6: Број клиничких прегледа - укупно. Уписати укупан број обављених клиничких прегледа у наведеној години (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 2 колона 4 свих месечних извештаја).

Колона 7: Број клиничких прегледа – по лекару. Израчунати број клиничких прегледа – по лекару.
Израчунава се као укупан број клиничких прегледа (колона 6) подељен са бројем лекара (колона 1).

Колона 8: Број здравствених сарадника. Уписати еквивалент пуног радног времена (FTE) здравствених сарадника високе стручне спреме у установи.
Напомена: поступак израчунавања FTE објашњен у уводу Методолшког упутства.

Колона 9: Број обављених токсиколошких анализа - укупно. Уписати укупан број обављених токсиколошких анализа у наведеној години (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 2 колона 5 свих месечних извештаја).

Колона 10: Број обављених токсиколошких анализа – по здравственом сараднику. Израчунати број обављених токсиколошких анализа – по здравственом сараднику.
Израчунава се као укупан број обављених токсиколошких анализа (колона 9) подељен са бројем здравствених сарадника високе стручне спреме (колона 8).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА ЗАВОДА ЗА СУДСКУ МЕДИЦИНУ

ЗА __ _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број лекара	**Број обављених обдукција**		**Број вештачења судских списа**		**Број клиничких прегледа**		Број здравствених сарадника	**Број обављених токсиколошких анализа**	
	укупно	**по лекару**	укупно	**по лекару**	укупно	**по лекару**		укупно	**по здр. сараднику**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Извештај урадио/ла_____ **ДИРЕКТОР**_____ **Датум**_____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 3

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПРОСЕЧНОМ ВРЕМЕНУ СЛАЊА РЕЗУЛТАТА ОБАВЉЕНИХ ОБДУКЦИЈА ЗА КОЈЕ НИЈЕ ПОТРЕБНО РАДИТИ ДОДАТНЕ АНАЛИЗЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА

Уписати пуно име и презиме лекара

МАТИЧНИ БРОЈ ЛЕКАРА

У предвиђене кућице уписати матични број лекара.

Колона 0: Односи се на редни број обављене обдукције без додатних анализа у наведеном месецу.
Напомена: Последњи број у колони 0 представља укупан број обављених обдукција без додатних анализа за одређеног лекара у наведеном месецу.

Колона 1: Време када је завршена обдукција без додатних анализа. Уписати тачно време када је завршана обдукција за коју није потребно радити додатне анализе.
Напомена: Време уписати у облику датум/сат/минут (нпр. 12. мај/10 часова/25 минута).

Колона 2: Време када је послат резултат обдукције без додатних анализа. Уписати тачно време када је послат резултат обдукција за коју није потребно радити додатне анализе.
Напомена: Време уписати у облику датум/сат/минут (нпр. 15. јун/15 часова/35 минута).

Колона 3: Временски интервал I. Израчунати временски интервал који је прошао од момента завршетка обдукције без додатних анализа до слања резултата ове обдукције.
Израчунава се када се од времена када је послат резултат обдукције без додатних анализа (колона 2) одузме време када је завршена обдукција без додатних анализа (колона 1) за сваку урађену обдукцију.

РЕД УКУПНО

Сумирати податке за колону 3 и унети у ред "укупно".
Напомена: за колону 0 податак "укупно" представља последњи број у колони.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар, на кога се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПРОСЕЧНОМ ВРЕМЕНУ СЛАЊА РЕЗУЛТАТА ОБАВЉЕНИХ ОБДУКЦИЈА ЗА КОЈЕ НИЈЕ ПОТРЕБНО РАДИТИ ДОДАТНЕ АНАЛИЗЕ

ЗА_____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____
Име и презиме лекара _____
Матични број лекара **l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l**

Ред. број обављене обдукције без додатних анализа	Време када је завршена обдукција без додатних анализа	Време када је послат резултат обдукције без додатних анализа	**Временски интервал I**
0	1	2	3
Укупно			

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 4

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПРОСЕЧНОМ ВРЕМЕНУ СЛАЊА РЕЗУЛТАТА ОБАВЉЕНИХ ОБДУКЦИЈА ЗА КОЈЕ ЈЕ ПОТРЕБНО РАДИТИ ДОДАТНЕ АНАЛИЗЕ

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.
Назив организационе јединице нижег нивоа. Уписати тачан назив организационе јединице нижег нивоа/службе.

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА

Уписати пуно име и презиме лекара

МАТИЧНИ БРОЈ ЛЕКАРА

У предвиђене кућице уписати матични број лекара.

Колона 0: Односи се на редни број обављене обдукције са додатним анализама у наведеном месецу.
Напомена: Последњи број у колони 0 представља укупан број обављених обдукција без додатних анализа за одређеног лекара у наведеном месецу.

Колона 1: Време када је завршена обдукција са додатним анализама. Уписати тачно време када је завршана обдукција за коју је потребно радити додатне анализе.
Напомена 1: Време уписати у облику датум/сат/минут (нпр. 12. мај/10 часова/25 минута).
Напомена 2: Додатне анализе које се раде су PH анализа, лабораторијске анализе, токсиколошке анализе и ДНК анализа.

Колона 2: Време када је послат резултат обдукције са додатним анализама. Уписати тачно време када је послат резултат обдукција за коју је потребно радити додатне анализе.
Напомена: Време уписати у облику датум/сат/минут (нпр. 15. јун/15 часова/35 минута).

Колона 3: Временски интервал II. Уписати временски интервал који је прошао од момента завршетка обдукције са додатним анализама до слања резултата ове обдукције.
Израчунава се када се од времена када је послат резултат обдукције са додатним анализама (колона2) одузме време када је завршена обдукција са додатним анализама (колона 1) за сваку урађену обдукцију.

РЕД УКУПНО
Сумирати податке за колону 3 и унети у ред "укупно".
Напомена: за колону 0 податак "укупно" представља последњи број у колони.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар, на кога се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПРОСЕЧНОМ ВРЕМЕНУ СЛАЊА РЕЗУЛТАТА ОБАВЉЕНИХ ОБДУКЦИЈА ЗА КОЈЕ ЈЕ ПОТРЕБНО РАДИТИ ДОДАТНЕ АНАЛИЗЕ ЗА_____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____
Назив организационе јединице нижег нивоа _____
Име и презиме лекара/здравственог сарадника _____
Матични број лекара l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l_ l

Ред. број обављене обдукције са додатним анализама	Време када је завршена обдукција са додатним анализама	Време када је послат резултат обдукције са додатним анализама	**Временски интервал II**
0	1	2	3
Укупно			

Извештај урадио/ла _____

Потпис и факсимил лекара _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 5

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА О ПРОСЕЧНОМ ВРЕМЕНУ СЛАЊА РЕЗУЛТАТА ОБДУКЦИЈА СА И БЕЗ ДОДАТНИХ АНАЛИЗА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: Број обављених обдукција без додатних анализа. Уписати укупан број обављених обдукција за које није потребно радити додатне анализе у наведеној години (податак се добија збрајањем последњих бројева у колонама 0 свих месечних евиденција обрасца 3 за све лекаре).

Колона 2: Временски интервал I. Уписати вредност за временски интервал I у наведеној години (податак се добија збрајањем података из реда "укупно" обрасца 3 свих месечних евиденција за све лекаре).

Колона 3: Број обављених обдукција са додатним анализама. Уписати укупан број обављених обдукција за које је потребно радити додатне анализе у наведеној години (податак се добија збрајањем последњих бројева у колонама 0 свих месечних евиденција обрасца 4 за све лекаре).

Колона 4: Временски интервал II. Уписати вредност за временски интервал II у наведеној години (податак се добија збрајањем података из реда"укупно" обрасца 4 свих месечних евиденција за све лекаре).

Колона 5: Просечно време слања резултата обдукција без додатних анализа. Израчунати просечно време слања резултата обдукција без додатних анализа.
Израчунава се као збир временских интервала од урађене обдукције за коју није потребно радити додатне анализе до слања резултата (колона 2) подељен са бројем обдукција за које није потребно радити додатне анализе (колона 1).

Колона 6: Просечно време слања резултата обдукција са додатним анализама. Израчунати просечно време слања резултата обдукција са додатним анализама.

Израчунава се као збир временских интервала од урађене обдукције са додатним анализама до слања резултата (колона 4) подељен са бројем обдукција са додатним анализама (колона 3).

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене службе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО_____ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ _____

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА О ПРОСЕЧНОМ ВРЕМЕНУ СЛАЊА РЕЗУЛТАТА ОБДУКЦИЈА СА И БЕЗ ДОДАТНИХ АНАЛИЗА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Број обављених обдукција без додатних анализа	Временски интервал I	Број обављених обдукција са додтаним анализама	Временски интервал II	**Просечно време слања резултата обдукција без додатних анализа**	**Просечно време слања резултата обдукција са додатним анализама**
1	2	3	4	5	6

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум** _____

IX ПОКАЗАТЕЉИ ЗАДОВОЉСТВА КОРИСНИКА УСЛУГАМА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ

1. Све здравствене установе/службе су дужне да на видна места (пријемне амбуланте, шалтере, огласне табле у чекаоницама и сл.) у свим објектима (централни и истурени) истакну:

- Обавештење о врсти здравствених услуга које се пацијенту као осигуранику обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које су делатност здравствене установе;
- Обавештење о здравственим услугама које се не обезбеђују на терет обавезног здравственог осигурања, а у складу са актом којим се уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања;
- Обавештење о видовима и износу учешћа осигураних лица у трошковима здравствене заштите, као и ослобађање од плаћања учешћа;
- Ценовник здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које пацијенти плаћају из својих средстава;
- Кутију/књигу за примедбе и жалбе пацијената;
- Име и презиме, односно број канцеларије и радно време, особе задужене за вођење поступка притужби и жалби пацијената (заштитника пацијентових права);
- Списак лекара који могу бити изабрани лекари, а које пацијенти могу изабрати, као и њихово радно време у здравственим установама примарне здравствене заштите, а у специјалистичко-консултативним службама, као и у саветовалиштима у установама свих нивоа здравствене заштите истакнут списак лекара који раде и њихово радно време;

2. Здравствена установа (заштитник пацијентових права) је дужна да поштује методологију Поступка по приговору пацијената.

Показатељ: Број поднетих приговора приказује се у Извештају заштитника пацијентових права о броју поднетих приговора за извештајни период од једне године.

Број поднетих приговора се евидентира дневно и уноси у **образац 1**. На крају извештајног периода, подаци из обрасца 1 се уписују по месецима у **образац 2** који се доставља институту/заводу за јавно здравље који је надлежан за територију на којој се здравствена установа налази.

Напомена: Здравствени центри су у обавези да достављају образац 2 за сваку установу у саставу посебно (дом здравља, општа болница).

3. Здравствена установа има обавезу да једном годишње спроведе истраживање о задовољству корисника радом те здравствене установе, уради анализу резултата истраживања, као и да спроведе мере и активности на унапређењу квалитета на основу резултата истраживања.

Истраживање о задовољству корисника спроводи се у установама примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите по методологији Института за јавно здравље Србије.

Напомена: Подаци о показатељима задовољства корисника услугама здравствене службе из члана 37. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите („Службени гласник РС“, број 49/10) су део Интегрисаног плана сталног унапређења квалитета као и Интегрисаног извештаја о раду Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1
ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ ПОДНЕТИХ ПРИГОВОРА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати месец и годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ
*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.
*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

Колоне 1-8: Број поднетих приговора. Уписати број поднетих приговора заштитнику пацијентових права у писаном и усменом облику (о чему је сачињена службена белешка) према предложеној класификацији за одређени датум (дан).

Колона 9: Број поднетих приговора –Укупно. Уписати збир поднетих приговора из колона 1 до 7 за одређени датум (дан).

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1,2,3,4,5,6,7,8 и 9 за месец дана.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Заштитник пацијентових права здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране заштитника пацијентових права здравствене установе.

ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ ПОДНЕТИХ ПРИГОВОРА ЗА _____20___.год.

Назив здравствене установе _____
Назив здравствене установе у саставу _____

Датум	**Број поднетих приговора**								
	Квалитет здравствених услуга	Поступак здравствених радника и здравствених сарадника	Начин наплаћивања здравствених услуга	Организација здравствене службе	Време чекања на здравствене услуге	Рефундација новчаних средстава	Права пацијената	Друго	**Укупно**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Датум	**Број поднетих приговора**								
	Квалитет здравствених услуга	Поступак здравствених радника и здравствених сарадника	Начин наплаћивања здравствених услуга	Организација здравствене службе	Време чекања на здравствене услуге	Рефундација новчаних средстава	Права пацијената	Друго	**Укупно**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
Укупно									

Извештај урадио/ла _____ **Потпис Заштитника пацијентових права** _____ **Датум** _____

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 2
ИЗВЕШТАЈ ЗАШТИТИНИКА ПАЦИЈЕНТОВИХ ПРАВА
О БРОЈУ ПОДНЕТИХ ПРИГОВОРА

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 0: Означава редни број месеца.

Колоне 1-9: Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајући месец у години из Обрасца 1.

РЕД УКУПНО

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1,2,3,4,5,6,7,8 и 9.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:*_____

ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПОДНЕТИХ ПРИГОВОРА

ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Месец	**Број поднетих приговора**								
	Квалитет здравствених услуга	Поступак здравствених радника и здравствених сарадника	Начин наплаћивања здравствених услуга	Организација здравствене службе	Време чекања на здравствене услуге	Рефундација новчаних средстава	Права пацијената	Друго	**Укупно**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
Укупно									

Извештај урадио/ла _____ **ДИРЕКТОР** _____ **Датум**_____

X ПОКАЗАТЕЉИ ЗАДОВОЉСТВА ЗАПОСЛЕНИХ У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

Здравствена установа има обавезу да једном годишње спроведе истраживање задовољства запослених у здравственој установи, уради анализу резултата истраживања, као и да спроведе мере и активности на унапређењу квалитета на основу резултата истраживања као дела Интегрисаног плана сталног унапређења квалитета.

Истраживање о задовољству запослених спроводи се у свим установама примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите, као и у здравственим установама у којима се здравствена делатност обавља на више нивоа, по методологији Института за јавно здравље Србије.

Напомена: Подаци о показатељима задовољства запослених у здравственој установи из члана 38. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите („Службени гласник РС“, број 49/10), су део Интегрисаног плана сталног унапређења квалитета као и Интегрисаног извештаја о раду Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе.

XI КОМИСИЈА ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА

Комисија за унапређење квалитета рада јесте стручно тело које се стара о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите која се спроводи у здравственој установи.

За показатеље квалитета рада Комисије за унапређење квалитета рада из члана 39. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите („Службени гласник РС“, број 49/2010) морају постојати писана документа (Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе, Интегрисани извештај о раду Комисије за унапређење квалитета рада) заведена у архиви здравствене установе, уз постојање ажуриране интернет презентације установе.

Здравствени центар је у обавези да сачини Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада и Интегрисани извештај о раду Комисије за унапређење квалитета рада, за сваку установу/организациону целину у саставу у којима се прате показатељи квалитета (дом здравља и општа болница), и да их као такве доставе институту/заводу за јавно здравље надлежном за територију на којој се здравствена установа налази.

Клинички центар је у обавези да сачини Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада и Интегрисани извештај о раду Комисије за унапређење квалитета рада, за сваку установу/организациону целину у саставу у којима се прате показатељи квалитета (клиника и центар) у циљу лакшег праћења и унапређења квалитета на нивоу наведених организационих јединица. Клинички центар доставља институту/заводу за јавно здравље надлежном за територију на којој се налази јединствен Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе и Интегрисани извештај о раду Комисије за унапређење квалитета рада за ниво целе установе.

Свака здравствена установа, најкасније до 15. фебруара, доставља Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе за текућу годину и Интегрисани извештај о раду Комисије за унапређење квалитета рада за извештајну (предходну) годину институту/заводу за јавно здравље надлежном за територију на којој се здравствена установа налази.

Обавеза достављања Интегрисаног плана сталног унапређења квалитета рада здравствене установе институту/заводу за јавно здравље ступа на снагу 2011. године, а на основу података за извештајни период 01.01. – 31.12.2011.

За извештајни период 01.01. – 31.12.2011. здравствена установа је у обавези да институту/заводу за јавно здравље достави **<u>део</u>** Интегрисаног извештаја о раду Комисије за унапређење квалитета рада, односно **<u>табелу 6а. Сумарни извештај Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе</u>**.

Обавеза достављања **<u>свеобухватног</u>** Интегрисаног извештаја о раду Комисије за унапређење квалитета рада (табеле 1 – 6) институту/заводу за јавно здравље ступа на снагу 2012. године, а на основу података за извештајни период 01.01.– 31.12.2012.

ПРЕПОРУКА:

У циљу припреме, односно усавршавања израде Интегрисаног плана сталног унапређења квалитета рада здравствене установе за 2012. годину и целокупног Интегрисаног извештаја о раду Комисије за унапређење квалитета рада за 2012. годину, здравствена установа је у обавези да током 2011. године сачини наведене извештаје за других шест месеци 2011. године, а на основу доступних података из првих шест месеци 2011. године (за показатеље квалитета здравствене заштите и квалитета рада), односно из претходне године (за задовољство корисника и задовољство запослених), као и последње доступне године (који се односе на спољну проверу квалитета стручног рада и препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа). Здравствена установа користи наведене шестомесечне извештаје у сопствене сврхе и не доставља их институту/заводу за јавно здравље.

Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе

Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе (у даљем тескту Интегрисани план) представља показатељ квалитета рада Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе који збирно и свеобухаватно приказује све планиране активности на унапређењу квалитета рада здравствене установе у периоду од једне године.

Интегрисани план у свом саставу садржи пет целина:

1. Планиране активности ради побољшања показатеља квалитета здравствене заштите и квалитета рада које здравствена установа прикупља и прати (табела 1)
2. Планиране активности ради унапређења задовољства корисника (табела 2)
3. Планиране активности ради унапређења задовољства запослених (табела 3)
4. Препоруке и предлози мера утврђених током последње спољне (редовне) провере квалитета стручног рада коју спроводе стручни надзорници Министарства здравља (табела 4а) и унутрашње провере квалитета стручног рада (табела 4б)
5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, а уколико је здравствена установа акредитована од стране Агенције за акредитацију здравствен их установа Србије (табела 5)

НАПОМЕНА: Образац Интегрисаног плана сталног унапређења квалитета рада здравствене установе се попуњава електронски у дефинисаном формату.

Упутство за попуњавање Интегрисаног плана

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи план.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

НАПОМЕНА:

Здравствени центар доставља Интегрисани план посебно за сваки дом здравља, односно општу болницу у саставу.

На линијама предвиђеним за уписивање података о тиму који је сачинио План уписати пуно име и презиме свих чланова комисије који су сачинили План.

Директор здравствене установе на коју се план односи, потврђује сагласност са садржајем плана својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум усвајања плана од стране Управног одбора здравствене установе.

Табела 1. Показатељи квалитета здравствене заштите и квалитета рада

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати бар три показатеља квалитета здравствене заштите/квалитета рада здравствене установе, одабрана према сопственој процени и приоритетима за њихово побољшање. Показатеље наводити редоследом којим су наведени у Правилнику о показатељима квалитета („Службени гласник РС“, број 49/2010).

Колона 2: Ниво приоритета. За сваки показатељ из колоне 1 навести ниво приоритета за његово побољшање. Уписују се шифре: 1 за висок ниво приоритета, 2 за средњи или 3 за низак.

Колона 3: Мере и активности. За сваки показатељ из колоне 1 навести мере и активности које ће бити спроведене у циљу његовог побољшања.

Колона 4: Временски рокови. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 одредити временски рок за њихову реализацију.

Колона 5: Одговорна особа. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 уписати име и презиме особе која је одговорна за њихову реализацију.

Колона 6: Очекивани резултати. У односу на постојеће вредности сваког показатеља из колоне 1, дефинисати вредност односно циљ који се жели постићи на крају извештајног периода.

Табела 2. Задовољство корисника

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати све показатеље задовољства корисника услугама здравствене службе (члан 37. Правилника) који нису ажурирани са најсвежијим информацијама за кориснике, као и одабране аспекте на које су корисници имали највише приговора/жалби (књиге утисака/кутија за примедбе и приговоре заштитнику пацијентових права). Такође је потребно уписати и одабране аспекте задовољства корисника за које је, на основу анализе резултата Испитивања задовољства корисника здравственом заштитом спроведеног у претходној години, утврђено да их је потребно побољшати (према сопственој процени, односно приоритетима).

Колона 2: Ниво приоритета. За сваки показатељ/аспект из колоне 1 навести ниво приоритета за његово побољшање/унапређење. Уписују се шифре: 1 за висок ниво приоритета, 2 за средњи или 3 за низак.

Колона 3: Мере и активности. За сваки показатељ/аспект из колоне 1 навести мере и активности које ће бити спроведене у циљу његовог побољшања/унапређења.

Колона 4: Временски рокови. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 одредити временски рок за њихову реализацију.

Колона 5: Одговорна особа. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 уписати име и презиме особе која је одговорна за њихову реализацију.

Колона 6: Очекивани резултати. У односу на постојеће вредности сваког показатеља/аспекта из колоне 1, дефинисати вредност односно циљ који се жели постићи на крају извештајног периода.

Табела 3. Задовољство запослених

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати одабране показатеље/аспекте задовољства запослених за које је, на основу анализе резултата Испитивања задовољства запослених спроведеног у претходној години, утврђено да их је потребно побољшати (према сопственој процени, односно приоритетима).

Колона 2: Ниво приоритета. За сваки показатељ/аспект из колоне 1 навести ниво приоритета за његово унапређење. Уписују се шифре: 1 за висок ниво приоритета, 2 за средњи или 3 за низак.

Колона 3: Мере и активности. За сваки показатељ/аспект из колоне 1 навести мере и активности које ће бити спроведене у циљу његовог побољшања/унапређења.

Колона 4: Временски рокови. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 одредити временски рок за њихову реализацију.

Колона 5: Одговорна особа. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 уписати име и презиме особе која је одговорна за њихову реализацију.

Колона 6: Очекивани резултати. У односу на постојеће вредности сваког показатеља/аспекта из колоне 1, дефинисати вредност односно циљ који се жели постићи на крају извештајног периода.

Табела 4а: Препоруке и предлози мера на основу спољне провере квалитета стручног рада – редовна провера

На предвиђеној линији уписати датум редовне спољне провере квалитета стручног рада.

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати све препоруке и предлоге мера наведене у Извештају о редовној спољној провери квалитета стручног рада.

Колона 2: Ниво приоритета. За све препоруке и предлоге мера наведене у колони 1 навести ниво приоритета за спровођење активности. Уписују се шифре: 1 за висок ниво приоритета, 2 за средњи или 3 за низак.

Колона 3: Мере и активности. За све препоруке и предлоге мера из колоне 1 навести мере и активности које се планирају у циљу унапређења квалитета стручног рада.

Колона 4: Временски рокови. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 одредити временски рок за њихову реализацију.

Колона 5: Одговорна особа. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 уписати име и презиме особе која је одговорна за њихову реализацију.

Колона 6: Очекивани резултати. У односу на уочене недостатке за чије отклањање су дате препоруке и предложене одређене мере, наведене у колони 1, представити побољшање које се очекује на крају извештајног периода применом наведених активности.

Табела 4б: Препоруке и предлози мера на основу унутрашње провере квалитета стручног рада

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати све препоруке и предлоге мера наведене у годишњем Извештају о унутрашњој провери квалитета стручног рада.

Колона 2: Ниво приоритета. За све препоруке и предлоге мера наведене у колони 1 навести ниво приоритета за спровођење активности. Уписују се шифре: 1 за висок ниво приоритета, 2 за средњи или 3 за низак.

Колона 3: Мере и активности. За све препоруке и предлоге мера из колоне 1 навести мере и активности које се планирају у циљу унапређења квалитета стручног рада.

Колона 4: Временски рокови. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 одредити временски рок за њихову реализацију.

Колона 5: Одговорна особа. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 уписати име и презиме особе која је одговорна за њихову реализацију.

Колона 6: Очекивани резултати. У односу на уочене недостатке за чије отклањање су дате препоруке и предложене одређене мере, наведене у колони 1, представити побољшање које се очекује на крају извештајног периода применом наведених активности.

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

На предвиђеној линији уписати датум последње акредитацијске посете.

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати све препоруке које се налазе у завршном извештају о акредитацији који доставља Агенција установи након акредитацијске посете.

Колона 2: Ниво приоритета. За сваку препоруку наведену у колони 1, навести ниво приоритета за спровођење активности. Уписују се шифре: 1 за висок ниво приоритета, 2 за средњи или 3 за низак.

Колона 3: Мере и активности. За сваку препоруку из колоне 1 навести мере и активности које ће бити спроведене у циљу унапређења квалитета рада у датој области.

Колона 4: Временски рокови. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 одредити временски рок за њихову реализацију.

Колона 5: Одговорна особа. За сваку од предвиђених мера и активности из колоне 3 уписати име и презиме особе која је одговорна за њихову реализацију.

Колона 6: Очекивани резултати. У односу на постојеће акредитационе стандарде и критеријуме у односу на које су дате препоруке наведене у колони 1, дефинисати вредност односно циљ који се жели постићи на крају извештајног периода применом наведених активности.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИНТЕГРИСАНИ ПЛАН СТАЛНОГ УНАПРЕЂЕЊА КВАЛИТЕТА РАДА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Табела 1. Показатељи квалитета здравствене заштите и квалитета рада

Р.бр.	**Предмет унапређења**	**Ниво приоритета**	**Мере и активности**	**Временски рок**	**Одговорна особа**	**Очекивани резултат**
0	1	2	3	4	5	6

Табела 2. Задовољство корисника

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6

Табела 3. Задовољство запослених

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6

Табела 4а. Препоруке и предлози мера на основу спољне провере квалитета стручног рада – редовна провера

Датум редовне провере: _____

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6

Табела 4б. Препоруке и предлози мера на основу унутрашње провере квалитета стручног рада

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: _____

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6

План урадили: **Датум** **Директор**

_____ _____ _____

_____

_____

_____

_____

_____

Интегрисани Извештај о раду Комисије за унапређење квалитета рада

Интегрисани извештај о раду Комисије за унапређење квалитета рада (у даљем тексту Интегрисани извештај о раду Комисије) представља показатељ квалитета рада Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе који збирно и свеобухватно приказује остварене резултате предузетих активности на унапређењу квалитета здравствене заштите и рада здравствене установе у периоду од једне године.

Интегрисани извештај о раду Комисије у свом саставу садржи шест целина:

1. Остварени резултати на унапређењу показатеља квалитета здравствене заштите и рада здравствене установе (табела 1.)
2. Остварени резултати у области унапређења задовољства корисника здравственом заштитом (табела 2.)
3. Остварени резултати у области задовољства запослених (табела 3.)
4. Поступање по препорукама и предлозима мера утврђених током последње спољне (редовне) провере квалитета стручног рада коју спроводе стручни надзорници Министарства здравља (табела 4а.) и унутрашње провере квалитета стручног рада (табела 4б.)
5. Поступање по препорукама Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, а уколико је здравствена установа акредитована од стране Агенције за акредитацију здравствених установа Србије (табела 5.)
6. Сумарни извештај о активностима Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе (табела 6а.) и оствареним резултатима у односу на Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе (табела 6б.)

НАПОМЕНА: Образац Интегрисаног извештаја о раду Комисије се попуњава електронски у дефинисаном формату.

Упутство за попуњавање Интегрисаног извештаја о раду Комисије

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи план.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Здравствени центар доставља Интегрисани извештај о раду Комисије посебно за сваки дом здравља, односно општу болницу у саставу.

На линијама предвиђеним за уписивање података о тиму који је сачинио Извештај уписати пуно име и презиме свих чланова Комисије који су сачинили Извештај.

Директор здравствене установе на коју се Извештај односи, потврђује сагласност са садржајем извештаја својим потписом и печатом здравствене установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум усвајања извештаја од стране директора здравствене установе.

Табела 1. Остварени резултати - показатељи квалитета здравствене заштите и квалитета рада

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати све показатеље квалитета здравствене заштите/квалитета рада здравствене установе који су наведени у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи, а који су одабрани према сопственој процени и приоритетима за њихово побољшање.

Колона 2: Очекиван резултат. За сваки показатељ из колоне 1 навести очекиван резултат који је наведен у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи.

Колона 3: Достигнут резултат. За сваки показатељ из колоне 1 навести остварену вредност на крају извештајног периода.

Колона 4: Мере и активности које нису предузете. За сваки показатељ из колоне 1 навести мере и активности које су биле планиране за његово побољшање, а које нису предузете (уколико нису).

Колона 5: Утврђене тешкоће/препреке. За све мере и активности из колоне 4 навести разлоге због којих нису спроведене.

Табела 2. Остварени резултати - задовољство корисника

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати све показатеље/аспекте задовољства корисника који који су наведени у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи, а који су одабрани према сопственој процени и приоритетима за њихово побољшање.

Колона 2: Очекиван резултат. За сваки показатељ/аспект из колоне 1 навести очекиван резултат који је наведен у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи.

Колона 3: Достигнут резултат. За сваки показатељ/аспект из колоне 1 навести остварену вредност/стање на крају извештајног периода.

Колона 4: Мере и активности које нису предузете. За сваки показатељ/аспект из колоне 1 навести мере и активности које су биле планиране за његово побољшање, а које нису предузете (уколико нису).

Колона 5: Утврђене тешкоће/препреке. За све мере и активности из колоне 4 навести разлоге због којих нису спроведене.

Табела 3. Остварени резултати - задовољство запослених

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати све показатеље/аспекте задовољства запослених који су наведени у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи, а који су одабрани према сопственој процени и приоритетима за њихово побољшање.

Колона 2: Очекиван резултат. За сваки показатељ/аспект из колоне 1 навести очекиван резултат који је наведен у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи.

Колона 3: Достигнут резултат. За сваки показатељ/аспект из колоне 1 навести остварену вредност на крају извештајног периода.

Колона 4: Мере и активности које нису предузете. За сваки показатељ/аспект из колоне 1 навести мере и активности које су биле планиране за његово побољшање, а које нису предузете (уколико нису).

Колона 5: Утврђене тешкоће/препреке. За све мере и активности из колоне 4 навести разлоге због којих нису спроведене.

Табела 4а. Поступање на основу препорука и предлога мера редовне спољне провере квалитета стручног рада

На предвиђеној линији уписати датум редовне спољне провере квалитета стручног рада.

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати све препоруке и предлоге мера из Извештаја о редовној спољној провери квалитета стручног рада, а које су наведене у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи.

Колона 2: Очекиван резултат. За све предмете унапређења из колоне 1 навести очекиван резултат који је наведен у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи.

Колона 3: Достигнут резултат. За све предмете унапређења из колоне 1 навести остварено стање на крају извештајног периода.

Колона 4: Мере и активности које нису предузете. За све препоруке и предлоге мера из колоне 1 навести мере и активности које су биле планиране за његово побољшање, а које нису предузете (уколико нису).

Колона 5: Утврђене тешкоће/препреке. За све мере и активности из колоне 4 навести разлоге због којих нису спроведене.

Табела 4б. Поступање на основу препорука и предлога мера унутрашње провере квалитета стручног рада

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати све препоруке и предлоге мера из Извештаја о ванредној спољној провери квалитета стручног рада, а које су наведене у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи.

Колона 2: Очекиван резултат. За све предмете унапређења из колоне 1 навести очекиван резултат који је наведен у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи.

Колона 3: Достигнут резултат. За све предмете унапређења из колоне 1 навести остварено стање на крају извештајног периода.

Колона 4: Мере и активности које нису предузете. За све препоруке и предлоге мера из колоне 1 навести мере и активности које су биле планиране, а које нису предузете (уколико нису).

Колона 5: Утврђене тешкоће/препреке. За све мере и активности из колоне 4 навести разлоге због којих нису спроведене.

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

На предвиђеној линији уписати датум последње акредитацијске посете.

Колона 0: Редни број. Уписати редни број.

Колона 1: Предмет унапређења. Уписати све препоруке из Завршног извештаја о акредитацији који доставља Агенција установи након акредитацијске посете, а које су наведене у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи.

Колона 2: Очекиван резултат. За све предмете унапређења из колоне 1 навести очекиван резултат који је наведен у Интегрисаном плану за годину на коју се извештај односи.

Колона 3: Достигнут резултат. За све предмете унапређења из колоне 1 навести остварено стање на крају извештајног периода.

Колона 4: Мере и активности које нису предузете. За сваку препоруку из колоне 1 навести мере и активности које су биле планиране, а које нису предузете (уколико нису).

Колона 5: Утврђене тешкоће/препреке. За све мере и активности из колоне 4 навести разлоге због којих нису спроведене.

СУМАРНИ ИЗВЕШТАЈ КОМИСИЈЕ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи план.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Напомена: Здравствени центар доставља Сумарни извештај Комисије посебно за сваки дом здравља, односно општу болницу у саставу.

Табела 6а. Сумарни извештај о активностима Комисије за унапређење квалитета рада

За домене под редним бројем 1−5 и 10−20 у колони 2 уписати шифру 1 уколико је одговор ДА, односни шифру 0 уколико је одговор НЕ.

За домене под редним бројем 6−9 у колони 2 уписати нумеричку вредност.

Табела 6б. Остварени резултати у односу на Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе

За домене унапређења квалитета здравствене заштите и рада здравствене установе под редним бројем 1−7 у колони 2 уписати број показатеља/аспеката/препорука/мера који су били предвиђени за унапређење, а наведени су у Интегрисаном плану сталног унапређења квалитета рада здравствене установе за годину на коју се извештај односи.

За домене унапређења квалитета здравствене заштите и рада здравствене установе под редним бројем 1−7 у колони 3 уписати број показатеља/аспеката/препорука/мера који су у току извештајне године унапређени, а у односу на број показатеља/аспеката/препорука/мера из колоне 2.

На линијама предвиђеним за уписивање података о тиму који је сачинио Извештај уписати пуно име и презиме свих чланова Комисије који су сачинили Извештај.

Директор здравствене установе на коју се Извештај односи, потврђује сагласност са садржајем извештаја својим потписом и печатом здравствене установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум усвајања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:* _____

ИНТЕГРИСАНИ ИЗВЕШТАЈ О РАДУ КОМИСИЈЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Табела 1. Остварени резултати - показатељи квалитета здравствене заштите и квалитета рада

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5

Табела 2. Остварени резултати - задовољство корисника

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5

Табела 3. Остварени резултати - задовољство запослених

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5

Табела 4а. Поступање на основу препорука и предлога мера редовне спољне провере квалитета стручног рада

Датум редовне провере: _____

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5

Табела 4б. Поступање на основу препорука и предлога мера унутрашње провере квалитета стручног рада

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: _____

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5

Извештај урадили: **Датум** **Директор**

_____ _____ _____

_____

_____

_____

_____

_____

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:_____*

СУМАРНИ ИЗВЕШТАЈ КОМИСИЈЕ ЗА _____ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Табела 6а. Сумарни извештај о активностима Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе

Р.бр.	**Домени квалитета рада**	**Резултат**
0	1	2
1	Да ли је Комисија донела годишњи програм провере квалитета стручног рада у здравственој установи?	
2	Да ли је Комисија донела интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе?	
3	Да ли постоје извештаји (записници) о раду Комисије?	
4	Да ли су извештаји (записници) о раду Комисије доступни осталим запосленима?	
5	Да ли Комисија годишње подноси извештај о остваривању плана унапређења квалитета рада директору и управном одбору здравствене установе?	
6	Број одржаних састанака Комисије	
7	Број спроведених ванредних провера квалитета стручног рада	
8	Број поднетих приговора пацијената	
9	Број мандатних казни наплаћених због непоштовања Закона о изложености становништва дуванском диму	
10	Да ли постоји ажурирана интернет презентација здравствене установе?	
Здравствена установа је на видна места у свим радним објектима истакла:		
11	Обавештење о врсти здравствених услуга које се пацијенту као осигуранику обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које су делатност здравствене установе	
12	Обавештење о здравственим услугама које се не обезбеђују на терет обавезног здравственог осигурања, а у складу са актом којим се уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања	
13	Обавештење о видовима и износу учешћа осигураних лица у трошковима здравствене заштите, као и ослобађање од плаћања учешћа	
14	Ценовник здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које пацијенти плаћају из својих средстава	
15	Кутију/књигу за примедбе и жалбе пацијената	
16	Име и презиме, односно број канцеларије и радно време, особе задужене за вођење поступка притужби и жалби пацијената (заштитника пацијентових права)	
Истраживање задовољства корисника услугама здравствене службе:		
17	Обављено истраживање задовољства корисника услугама здравствене службе	
18	Урађена анализа резултата истраживања о задовољству корисника услугама здравствене службе	
Истраживање задовољства запослених у здравственој установи:		
19	Обављено истраживање задовољства запослених у здравственој установи	
20	Урађена анализа резултата истраживања о задовољству запослених у здравственој установи	

Које сте остале активности предузели на сталном унапређењу квалитета здравствене заштите? (молимо опишите):

_____

_____

Примедбе и предлози за стално унапређење квалитета рада:

_____

_____

_____

Табела 6б. Остварени резултати у односу на Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе

Р.бр.	Домен унапређења	Планирано	Остварено
0	1	2	3
1	Број унапређених показатеља квалитета здравствене заштите (без показатеља безбедности пацијената) у односу на План, за период извештавања		
2	Број унапређених показатеља безбедности пацијената у односу на План, за период извештавања		
3	Број унапређених аспеката задовољства корисника у односу на План, за период извештавања		
4	Број унапређених аспеката задовољства запослених у односу на План, за период извештавања		
5	Број спроведених препорука и мера из последњег Извештаја о редовној спољној провери квалитета стручног рада		
6	Број спроведених препорука и мера из последњег Извештаја о унутрашњој провери квалитета стручног рада		
7	Број спроведених препорука из Завршног извештаја Агенције за акредитацију здравствених установа Србије		

Комисија за унапређење квалитета:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Председник/ца

_____

Директор **Датум**

_____ _____

XII СТИЦАЊЕ И ОБНОВА ЗНАЊА И ВЕШТИНА ЗАПОСЛЕНИХ

Здравствени радници и здравствени сарадници имају право и дужност да у току рада стално прате развој медицинске, стоматолошке, фармацеутске науке, као и других одговарајућих наука и да се стручно усавршавају ради одржавања и унапређења квалитета свога рада.

Здравствена установа је дужна да води евиденцију о броју запослених који су учествовали на стручним и научним скуповима, односно семинарима, курсевима и другим програмима континуиране едукације. Овом евиденцијом нису обухваћени запослени који су на специјализацијама, субспецијализацијама, магистарским или докторским студијама.

Свака здравствена установа је у обавези да на крају извештајног периода попуни **образац 1** и достави га институту/заводу за јавно здравље који је надлежан за територију на којој се здравствена установа налази.

Здравствени центри су у обавези да доставе попуњене обрасце посебно за сваку установу у саставу (дом здравља, општа болница).

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА 1

ИЗВЕШТАЈ О СТИЦАЊУ И ОБНОВИ ЗНАЊА И ВЕШТИНА ЗАПОСЛЕНИХ

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ

Филијала РЗЗО. Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.
Институт/завод за јавно здравље. Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.
Назив здравствене установе. Уписати тачан назив здравствене установе.
Назив здравствене установе у саставу. Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

Колона 1: **Постојање плана едукације за све запослене у здравственој установи.** Уписати шифру 1 уколико установа има план едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике, односно шифру 0 уколико нема.

Колона 2: Број радионица, едукативних скупова и семинара одржаних у здравственој установи. Извештава се као апсолутни број **акредитованих програма** (радионица, едукативних скупова и семинара) одржаних у здравственој установи у току извештајног периода.

Колона 3: Број здравствених радника и здравствених сарадника запослених у здравственој установи. Уписати укупан број здравствених радника и здравствених сарадника запослених на неодређено и одређено радно време у здравственој установи.

Колона 4: Број особа које су бар једном о трошку установе похађале курс, семинар или учествовале на конгресу или стручном састанку из области која је релевантна за њихов стручни рад. Уписати укупан број здравствених радника и здравствених сарадника који је у току извештајне године бар једном о трошку установе похађао курс, семинар или учествовао на конгресу или стручном састанку из области која је релевантна за њихов стручни рад.

Напомена: Термин „о трошку установе“ подразумева да је здравствена установа учествовала у трошковима едукације запослених на било који начин: директном новчаном накнадом трошкова едукације (котизација, смештај, пут) или давањем сагласности за плаћено одсуство (дневница) у случају постојања донатора новчаних средстава. Такође, подразумева и све облике едукације које су одржане у здравственој установи (за запослене), без обзира да ли трошкови организације (нпр. хонорар предавачима и др.) иду на терет послодавца или су донирана од стране других лица или организација.

Колона 5: Проценат особа које су бар једном о трошку установе похађале курс, семинар или учествовале на конгресу или стручном састанку из области која је релевантна за њихов стручни рад. Уписати вредност израчунатог показатеља. *Израчунава се као број здравствених радника и здравствених сарадника који су бар једном у току извештајног периода о трошку установе похађали курс, семинар или учествовали на конгресу или стручном састанку из области која је релевантна за њихов рад (колона 4) подељен са бројем запослених здравствених радника и здравствених сарадника (колона 3) и помножен са 100.*

Колона 6: Број акредитованих програма континуиране медицинске едукације од стране Здравственог савета Србије, а чији су носиоци (предавачи) запослени у здравственој установи. Уписати укупан број програма континуиране медицинске едукације акредитованих од стране Здравственог савета Србије у току извештајне године, а чији су носиоци (предавачи) запослени у здравственој установи.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај, и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи, потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

ФИЛИЈАЛА РЗЗО_____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ _____*

ИЗВЕШТАЈ О СТИЦАЊУ И ОБНОВИ ЗНАЊА И ВЕШТИНА ЗАПОСЛЕНИХ

ЗА _____ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Постојање плана едукације за све запослене у здравственој установи	**Број радионица, едукативних скупова и семинара одржаних у здравственој установи**	Број здравствених радника и здравствених сарадника запослених у здравственој установи	Број особа које су бар једном о трошку установе похађале курс, семинар или учествовале на конгресу или стручном састанку из области која је релевантна за њихов стручни рад	**Проценат особа које су бар једном о трошку установе похађале курс, семинар или учествовале на конгресу или стручном састанку из области која је релевантна за њихов стручни рад**	**Број акредитованих програма континуиране медицинске едукације од стране Здравственог савета Србије, а чији су носиоци (предавачи) запослени у здравственој установи**
1	2	3	4	5	6

Извештај урадио/ла _____

ДИРЕКТОР _____ **Датум** _____