

KANTON/ŽUPANIJA/REGIJA _____
(MJESTO I OPĆINA/OPŠTINA) _____

PRIJAVA PREKIDA TRUDNOĆE

1. ZDRAVSTVENA USTANOVA

2. IME I PREZIME

Adresa i broj telefona _____

3. JMB

I _ I I _ I I _ I I _ I I _ I I _ I I _ I I _ I I _ I I _ I

4. BROJ MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

5. DATUM I VRIJEME INTERVENCIJE

6. KATEGORIJA PREKIDA TRUDNOĆE

- a) hirurški
- b) medikamentozni

7. ANESTEZIJA

DA

NE

8. VRSTA ANESTEZIJE

- a) lokalna
- b) i.v. kratkotrajna
- c) endotrahealna

9. VRSTA ORDINIRANOG MEDIKAMENTOZNOG SREDSTVA _____

10. TRAJANJE TRUDNOĆE (u sedmicama) KADA SE VRŠI PREKID _____

11. VRIJEME ODMORA NAKON IZVRŠENE INTERVENCIJE OD _____ DO _____

12. VRIJEME NAPUŠTANJA ORDINACIJE NAKON INTERVENCIJE: _____

a). sama

b). U pratnji _____

Datum:

Potpis i pečat doktora:

KANTON/ŽUPANIJA/REGIJA
MJESTO I OPĆINA/OPŠTINA

**PRIJAVA KOMPLIKACIJA U TOKU I NAKON PREKIDA
TRUDNOĆE**

1. ZDRAVSTVENA USTANOVA

2. PREZIME I IME

3. JMB

I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _

4. Datum kada je izvršen prekid trudnoće _____

5. Datum javljanja zbog komplikacija _____

6. Simptomi/dijagnoza

7. Upućena na hospitalizaciju

DA

NE

Datum:

Potpis i pečat doktora:

METODOLOŠKO UPUTSTVO ZA POPUNJAVANJE OBRASCA „PRIJAVA PREKIDA TRUDNOĆE“

Opšte napomene:

DRAFT

Obrazac „Prijava prekida trudnoće“ se nalazi na **A strani** i popunjava se za svaku ženu nad kojom se vrši prekid trudnoće. Prijavu popunjava odgovorno lice u **javnoj ili privatnoj** zdravstvenoj ustanovi koja se bavi prekidima trudnoće.

U donjem lijevom uglu upisati datum prijavljanja.

U donjem desnom uglu se potpisuje i stavlja pečat doktor koji je izvršio prekid trudnoće

Način popunjavanja Prijave prekida trudnoće:

U lijevom gornjem uglu obrasca upisuje se naziv kantona/županije/regije i naziv mjesta i općine/opštine gdje je locirana javna ili privatna ustanova u kojoj se vrši prekid trudnoće.

1. Upisuje se naziv zdravstvene ustanove (javne ili privatne)
2. Upisuje se ime i prezime žene kojoj se vrši prekid trudnoće
Opcionalno: upisati adresu i broj telefona
3. Upisuje se jedinstveni matični broj osobe prema CIPS-u
4. Upisuje se broj medicinske dokumentacije (kartona, protokola...)
5. Upisati tačan datum i vrijeme izvođenja intervencije
6. Zaokruživanjem označiti kategoriju prekida trudnoće
7. Ukoliko se radi o hirurškoj intervenciji označiti zaokruživanjem da li je data anestezija
8. Ukoliko je aplicirana anestezija, zaokruživanjem označiti vrstu anestezije
9. Za medikamentozni prekid trudnoće navesti vrstu medikamenta koji je ordiniran
10. Navesti tačan broj navršenih sedmica trajanja trudnoće kada se vrši prekid trudnoće
11. Upisati u minutama trajanje odmora nakon hirurške intervencije (preporučeni minimum je 30 minuta)
12. Navesti vrijeme napuštanja ordinacije gdje je izvršen hirurški prekid trudnoće.
Zaokruživanjem označiti da li je žena nad kojom je izvršen prekid trudnoće ordinaciju napustila sama ili u pratnji druge osobe.

**METODOLOŠKO UPUTSTVO ZA POPUNJAVANJE OBRASCA „PRIJAVA
KOMPLIKACIJA U TOKU I NAKON PREKIDA TRUDNOĆE“**

Opšte napomene:

Obrazac „Prijava komplikacija nastalih u toku i nakon prekida trudnoće“ se nalazi na **B strani** i popunjava se za svaku ženu koja se javi sa evidentnim komplikacijama prekida trudnoće.

Prijava se popunjava u svakoj javnoj ili privatnoj ustanovi kojoj se žena obrati zbog nastalih komplikacija u toku ili nakon izvođenja prekida trudnoće.

Komplikacije nastale **u toku prekida trudnoće** prijavljuju se zajedno sa „Prijavom prekida trudnoće“ (popunjavaju se strana A i B).

Komplikacije **nastale određeno vrijeme nakon izvođenja prekida trudnoće** (nakon napuštanja ustanove) u kojoj je izvršena hirurška intervencija, **prijavljaju se u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi u koju se žena u tom trenutku obratila (odnosi se i na hirurški i na medikamentozni prekid trudnoće).**

U donjem lijevom uglu upisati datum prijavljivanja.

U donjem desnom uglu se potpisuje i stavlja pečat doktor kojem se žena obraća zbog komplikacija nastalih u toku ili nakon prekida trudnoće.

Način popunjavanja obrasca „Prijave komplikacija nastalih u toku i nakon prekida trudnoće“:

U lijevom gornjem uglu obrasca upisuje se naziv kantona/županije/regije i naziv mjesta i općine/opštine gdje je locirana javna ili privatna ustanova u kojoj se vrši prekid trudnoće.

1. Upisuje se naziv zdravstvene ustanove (javne ili privatne)
2. Upisuje se ime i prezime žene kojoj se vrši prekid trudnoće
3. Upisuje se jedinstveni matični broj osobe prema CIPS-u
4. Na osnovu anamnestičkih podataka upisati datum izvršenja prekida trudnoće
5. Upisuje se datum javljanja zbog nastalih komplikacija u toku i nakon prekida trudnoće
6. Upisati simptome koje žena ima ili dijagnozu koju utvrdi ginekolog (ili drugi doktor kojem se žena obraća)
7. Zaokruživanjem opznačiti da li je žena upućena na hospitalizaciju

Datum prijave komplikacija:

Potpis i pečat doktora koji je
utvrdio komplikaciju