

UPUTSTVO ZA POPUNJAVANJE PRIJAVE OBOLJELOG OD HRONIČNE BUBREŽNE INSUFICIJENCIJE (Obr.br.18-I- PBI)

Opće napomene

Za određene pojave koje se prate u Službama zdravstvene zaštite predviđeno je da zdravstvene ustanove, odnosno odgovorni zdravstveni radnici zaposleni u njima, popunjavaju i dostavljaju, na zakonski propisan način i u zakonski propisanim rokovima ,odgovarajuće individualne izvještajne obrasce. **Prijavu oboljelog od hronične bubrežne insuficijencije popunjava svaka zdravstvena ustanova u kojoj se evidentira novi slučaj oboljenja.**

Pravni osnov za prikupljanje podataka putem individualnih izvještajnih obrazaca su: Zakon o zdravstvenoj zaštiti /Sl.novine FBiH br. 46/10 i i 75/13/, Program statističkih istraživanja /Sl.novine FBiH br.45/03, Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva /Sl.novine FBiH br. 37/12/ i **Pravilnik o obliku, sadržaju i načinu vođenja individualnih izvještajnih obrazaca i drugih pomoćnih obrazaca za vođenje evidencija** (Službene novine Federacije BiH broj 61/18)

Izvor podataka:

- zdravstveni karton,
- matična knjiga lica smještenih u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi,
- historija bolesti,
- knjiga protokola

Način popunjavanja prijave:

U gornjem lijevom uglu upisuje se kanton, općina, zdravstvena ustanova.

1. PREZIME /Ime oca/ IME	Upisati prezime , očevo ime, i ime
2. MATIČNI BROJ	Upisati matični broj
3. DATUM ROĐENJA	Upisati datum /dan, mjesec i godina/rođenja
4. SPOL	Zaokružiti odgovarajući spol /muški, ženski/u kućicu desno upisati broj 1 ili 2
5. ADRESA	Upisati adresu prebivališta, mjesto, ulica i broj
6. ZANIMANJE	Upisati naziv zanimanja
7. OSNOVNI UZROK BUBREŽNE BOLESTI - ŠIFRA –	Upisati osnovni uzrok bubrežne bolesti i šifru MKB osnovnog uzroka bubrežne bolesti
8. KADA JE POSTAVLJENA DIJAGNOZA OSNOVNE BOLESTI	Upisati datum /dan, mjesec i godina/ dijagnosticiranja osnovne bolesti
9.KAKO JE BOLEST DIJAGNOSTIKOVANA -	Zaokružiti odgovarajući način dijagnostikovanja oboljenja /u kućicu desno upisati odgovarajući broj/
10. DA LI JE OSOBA NA DIJALIZI	Zaokružiti odgovarajući odgovor /u kućicu desno upisati broj 1 ili 2/
11. KOLIKO GODINA JE OSOBA NA DIJALIZI -	Upisati broj godina koliko je osoba na dijalizi
12. TIP DIJALIZE	Zaokružiti odgovarajući tip dijalize u /kućicu desno upisati broj 1 ili 2/

Način popunjavanja prijave

Prijava oboljelog od hronične bubrežne insuficijencije popunjava se prilikom evidentiranja novog slučaja oboljenja u zdravstvenoj ustanovi, a na osnovu podataka iz osnovne medicinske dokumentacije.

Prijavu popunjavaju sve vanbolničke zdravstvene ustanove i stacionarne/bolničke zdravstvene ustanove pri prvom prijemu oboljelog u bolnicu u kalendarskoj godini,

Prijava se popunjava u dva primjerka, jedan ostaje u zdravstvenoj ustanovi koja prijavljuje oboljelog od hronične bubrežne insuficijencije, a druga prijava se dostavlja nadležnom Zavodu za javno zdravstvo kantona, **u roku od 5 dana tekućeg mjeseca za prethodni mjesec.**

Obrazac „Prijava oboljelog od hronične bubrežne insuficijencije“ treba biti precizno ispunjen, potpisan od strane ljekara, ovjeren pečatom nadležne ustanove i kao takav proslijeđen nadležnom Zavodu za javno zdravstvo kantona, u zakonski propisanim rokovima

Nadležni Zavod za javno zdravstvo kantona, sumarne godišnje izvještaje o oboljelima od hronične bubrežne insuficijencije dostavlja u Zavod za javno zdravstvo FBiH, ***najkasnije do 31.03. tekuće, za prethodnu godinu.***