

**Upute za popunjavanje Prijave oboljenja – smrti od HIV/AIDS-a  
(pacijenti mlađi od 13 godina kod postavljanja dijagnoze HIV/AIDS-a)**

Podatak za prijavljivanje	Opis
<b>Podaci o ustanovi</b>	
Kanton	Upisati kanton u kojem se nalazi zdravstvena ustanova koja prijavljuje slučaj
Općina	Upisati općinu u kojoj se nalazi zdravstvena ustanova koja prijavljuje slučaj
Zdravstvena ustanova	Upisati naziv zdravstvene ustanove koja prijavljuje slučaj
Vrsta prijave:	Selektirati vrstu prijave
Datum prijave	Upisati datum: dan/mjesec/godina
<b>I Podatci o pacijentu</b>	
Šifra pacijenta	Šifra se sastoji od kombinacije 13 slova i brojeva, koji omogućavaju evidentiranje pacijenta, ali ne sadrže osobne podatke koji bi omogućili identifikaciju. Prva dva mjesta u identifikacionom kodu predstavljaju broj kantona* (npr. 01 Unsko-sanski kanton), sljedeća dva mjesta su za inicijale liječnika, nakon toga je jedno mjesto za oznaku spola pacijenta (1 Muški, 2 Ženski), sljedeća dva mjesta su za zadnja dva broja godine rođenja pacijenta (npr. godina rođenja 1976, upisuje se 76), naredna dva mjesta služe za posljednja dva broja godine prijave, posljednja četiri broja su brojevi evidencijskog protokola (počinju sa 0001, a završavaju sa 9999).
Spol	Selektirati odgovor
Datum rođenja	Upisati dan/mjesec/godina rođenja pacijenta
Sadašnje mjesto prebivališta:	Upisati mjesto prebivališta – grad/država
Prijavljuje se:	Selektirati odgovor
Datum zadnjeg pregleda	Upisati dan/mjesec/godina
Godina dijagnosticiranja	Selektirati vrstu infekcije i mjesec/godina
Vitalni status:	Selektirati odgovor
<b>II Pacijentova / majčina povijest (popunjava sve kategorije)</b>	
HIV status pacijentove biološke majke (označiti samo jedno)	Selektirati status pacijenta (označiti samo jedan ponuđeni odgovor)
Dijagnosticiran HIV/AIDS	Selektirati period kada je dijagnosticirana bolest/infekcija
Datum majčinog prvog pozitivnog HIV testa	Upisati datum testiranja mjesec/godina
Majci jeporučeno HIV testiranje tijekom trudnoće / poroda	Selektirati odgovor
<b>Je li djetetova biološka majka ikad:</b>	
Injekcijski koristila droge	Selektirati odgovor

Imala HETEROSEKSUALNE odnose sa:	Selektirati odgovor
Primila transfuziju krvi / krvnih komponenata	Selektirati odgovor
Primila transplantirano tkivo / organ ili imala umjetnu oplodnju	Selektirati odgovor
<b>Prije dijagnosticiranja HIV / AIDS-a dijete je:</b>	
Primalo faktore zgušavanja za hemofiliju / poremećaj koagulacije	Selektirati odgovor
Primalo transfuziju krvi / krvnih komponenti (izuzev faktora zgušavanja)	Selektirati odgovor i upisati mjesec/godina prve i zadanje transfuzije
Primalo transplantate tkiva / organa	Selektirati odgovor
Injekcijski koristilo droge	Selektirati odgovor
Ostalo	Selektirati odgovor
<b>III Laboratorijski podatci</b>	
<b>Anti HIV testovi prilikom postavljanja dijagnoze (prvi test):</b>	Selektirati odgovor, ako DA, navesti vrstu i status sprovedenog testiranja, te upisati mjesec/godina
<b>Drugi Anti – HIV test (navesti)</b>	Selektirati odgovor i upisati mjesec/godina testiranja
Ako HIV laboratorijski test nije dokumentiran, je li HIV dijagnozu dokumentirao lječnik?	Selektirati odgovor
Ako jeste navesti datum dokumentacije	Upisati mjesec/godina
<b>Imunološki testovi:</b>	
CD4	Upisati mjesec/godinu sprovođenja testa
CD 4%	
PCR – Br. Kopija/ml	
Ostalo (navesti)	Upisati ostalo
<b>Subtip</b>	Navesti
HIV / AIDS liječenje	Selektirati odgovor
HIV / AIDS liječenje	
Ako DA navesti datum početka liječenja	Upisati datum mjesec/godina
<b>Rezistencija</b>	Selektirati odgovor
<b>Ako Da, na koju vrstu ARV medikamenta?</b>	Navesti vrstu liječenja
Ako je ustanovljen AIDS	Upisati oboljenja po šiframa iz prijave za HIV/AIDS za odrasle
<b>V Povijest rođenja (samo za perinatalne slučajeve)</b>	
Povijest rođenja je dostupna	Selektirati odgovor (Ako nije pređite na poglavlje VI)
Bolnica u kojoj je dijete rođeno	Navesti naziv bolnice, lokalitet–mjesto/grad i državu
Porođajna težina	Navesti u gramima
Vrsta poroda	Selektirati odgovor, navesti eventualne defekte pri rođenju
Način poroda	Selektirati odgovor

Defekti na rođenju	Da / Ne / Nepoznato (Ako DA, navesti)
Neonatalni fetus	Selektirati odgovor
Prenatalni pregled	Upisati mjesec trudnoće prilikom prvog pregleda i ukupan broj posjeta tijekom trudnoće
Terapija koju je koristila majka prije trudnoće, tijekom trudnoće i tijekom poroda	Selektirati odgovor
Datum rođenja majke i šifra majke	Upisati puni datum rođenja majke i šifru majke
Mjesto rođenja majke	Selektirati odgovor
<b>VI Podatci o terapiji</b>	
Ovo dijete je primilo ili prima:	Selektirati odgovor
Datum početka terapije	Upisati dan/mjesec/godinu početka terapije
Je li dijete dojilo	Selektirati odgovor
O djetetu se brinuo:	Selektirati odgovor
<b>VII Komentar</b>	
Ime i prezime liječnika	Ime i prezime liječnika koji je popunio prijavu
Tel/fax	Kontakt - broj telefona ili faksa
Potpis	Potpis liječnika koji je popunio prijavu