

UPUTSTVO ZA POPUNJAVANJE PRIJAVE PREKIDA TRUDNOĆE (Obr.br. 11-I-PT)

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. Obrazac „Prijava prekida trudnoće“ 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.

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:

- Protokol

Način popunjavanja prijave:

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

1. PREZIME /Ime oca/ IME	Upisati prezime, očevo ime i ime žene kod koje je izvršen prekid trudnoće
2. MATIČNI BROJ	Upisati matični broj žene kod koje je izvršen prekid trudnoće
3. DATUM ROĐENJA	Upisati dan, mjesec i godinu rođenja žene
4. ADRESA	Upisati adresu prebivališta, ulicu i broj
5. ZANIMANJE	Upisati naziv zanimanja, a za žene koja navode više zanimanja, upisati zanimanje kojim se posljednjim bavila
6. VRSTA PREKIDA TRUDNOĆE	zaokružiti da li je prekid trudnoće namjerni ili medicinski indiciran /u kućicu desno upisati broj 1 ili 2/
7.DATUM I VRIJEME INTERVENCIJE	Upisati tačan datum i vrijeme izvođenja intervencije /u kućice upisati dan, mjesec i godinu intervencije, kao i vrijeme intervencije (sati, minute)/
8. KATEGORIJA PREKIDA TRUDNOĆE	Zaokružiti odgovarajuću kategoriju prekida trudnoće /u kućicu desno upisati broj 1 ili 2/
9. ANESTEZIJA	Ukoliko se radi o hirurškoj intervenciji označiti zaokruživanjem da li je data anestezija /u kućicu desno upisati broj 1 ili 2/
10. VRSTA ANESTEZIJE	Ukoliko je aplicirana anestezija, zaokruživanjem označiti vrstu anestezije /u kućicu desno upisati odgovarajući broj/
11. VRSTA ORDINIRANOG MEDIKAMENTOZNOG SREDSTVA	Za medikamentozni prekid trudnoće navesti vrstu medikamenta koji je ordiniran
12. TRAJANJE TRUDNOĆE (U SEDMICAMA)	Naveći tačan broj navršenih sedmica trajanja trudnoće u vrijeme kada se vrši prekid trudnoće
13. BROJ RANIJIH PREKIDA TRUDNOĆE	Upisati broj ranijih prekida trudnoće
14. VRIJEME ODMORA NAKON IZVRŠENE INTERVENCIJE	Upisati vrijeme trajanja odmora nakon hirurške intervencije u kućice upisati sate i minute
15. VRIJEME NAPUŠTANJA ORDINACIJE NAKON INTERVENCIJE	Naveći vrijeme napuštanja ordinacije gdje je izvršen hirurški prekid trudnoće, u kućice upisati sate i minute. Zaokruživanjem označiti da li je žena nad kojom je izvršen prekid trudnoće ordinaciju napustila sama ili u pratnji druge osobe, /u kućicu desno upisati broj 1 ili 2/.

PRIJAVA KOMPLIKACIJA U TOKU I NAKON PREKIDA TRUDNOĆE

Prijava se popunjava za svaku ženu kod koje se jave komplikacije u toku ili nakon prekida trudnoće.

Ovaj dio obrasca popunjava se u svakoj javnoj ili privatnoj zdravstvenoj ustanovi kojoj se žena obrati zbog nastalih komplikacija u toku ili nakon prekida trudnoće.

1. PREZIME /Ime oca/ IME	Upisati prezime, očevo ime, i ime žene kod koje je izvršen prekid trudnoće
2. MATIČNI BROJ	Upisati matični broj žene kod koje je izvršen prekid trudnoće
3. DATUM ROĐENJA	Upisati dan, mjesec i godinu rođenja žene
4. DATUM KADA JE IZVRŠEN PREKID TRUDNOĆE	Na osnovu anamnestičkih podataka u kućice desno upisati datum /dan, mjesec, godina/ izvršenja prekida trudnoće
5. DATUM JAVLJANJA ZBOG KOMPLIKACIJA	U kućice desno upisuje se datum /dan, mjesec, godina/ javljanja zbog nastalih komplikacija u toku i nakon prekida trudnoće
6. SIMPTOMI, DIJAGNOZA	Upisati simptome koje žena ima ili dijagnozu koju utvrdi ginekolog (ili drugi doktor kojem se žena obraća), u za to određena polja upisati latinski naziv oboljenja i šifru MKB X
7. UPUĆENA NA HOSPITALIZACIJU	Zaokruživanjem označiti da li je žena upućena na hospitalizaciju /u kućicu desno upisati broj 1 ili 2/

Način popunjavanja prijave

Prijava prekida trudnoće se popunjava prilikom otpuštanja/otpusta pacijentice iz zdravstvene ustanove, a na osnovu podataka iz osnovne medicinske dokumentacije.

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

Obrazac „Prijava prekida trudnoće“ 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 prekidima trudnoće dostavlja u Zavod za javno zdravstvo FBiH, **najkasnije do 31.03. za prethodnu godinu.**