

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE**  
**ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

KANTON _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
OPĆINA _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____	
Registarski broj _____	Datum prijave _____
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>/dan, mjesec, godina/</span> </div>	

# PRIJAVA SMRTI OBOLJELOG OD HIV/AIDS-a

**Opći podaci o umrlom:**

Sifra umrlog \_\_\_\_\_

Spol:     1 - M; 2 - Ž   ☐

Datum rođenja:       \_\_\_\_\_  
                    /dan, mjesec, godina/

Mjesto boravka (posljednje prebivalište) \_\_\_\_\_

Državljanin: \_\_\_\_\_

Zanimanje: \_\_\_\_\_

Bračno stanje: \_\_\_\_\_

## Podaci o HIV/AIDS-u

Datum utvrđivanja HIV pozitivnog nalaza (navesti) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/dan, mjesec, godina/

Datum postavljanja dijagnoze AIDS-a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/dan, mjesec, godina/

Da li je liječen:                      1 - DA; 2 - NE    ☐

Ako je liječen navesti datum početka liječenja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/dan, mjesec, godina/

Vrsta liječenja:                      1 HART                      2 Dvojna                      3 Singl terapija                      ☐

Dužina liječenja \_\_\_\_\_

Ustanova u kojoj je liječen \_\_\_\_\_

Datum zadnjeg liječenja /pregleda/: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/dan, mjesec, godina/

Rezultati zadnjih laboratorijskih nalaza: CD4 \_\_\_\_\_ stanica/ml \_\_\_\_\_;

## Podaci o smrti

Dan/mjesec/godina smrti	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 2px;"> <span>/dan</span> <span>mj.</span> <span>godina/</span> </div>		
Mjesto smrti	<hr/>		
Umro:	1 U zdravstvenoj ustanovi	2 Izvan zdravstvene ustanove	<input type="checkbox"/>
Smrt je:	1 Prirodna	2 Nasilna	<input type="checkbox"/>
		3 Neutvrđeno	<input type="checkbox"/>
Ako je smrt nasilna da li je:			
	1 Nesreća	2 Ubojstvo	<input type="checkbox"/>
		3 Samoubojstvo	<input type="checkbox"/>
Uzrok smrti:	<hr/>		
Bolest ili stanje koje je neposredno uzrokovalo smrt:	<hr/>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Bolest ili stanje koje je dovelo do neposrednog uzroka	<hr/>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Druge bolesti i stanja koje su doprinijele smrti (koinfekcije, HCV, HBV)	<hr/>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

## Liječnik

Datum: | | | | |  
/dan, mjesec, godina/