

EPIDEMIOLOŠKE ANKETE

Januar, 2020

Izdavač: Zavod za javno zdravstvo FBiH/Institute for public health FB&H

Sarajevo, M.Tita 9; Mostar, Vukovarska 46

Direktor Zavoda

Prim. dr. Davor Pehar

Šef Službe za epidemiologiju

Doc. dr. Sanjin Musa

Pripremile:

Prim. dr. Mirsada Mulaomerović

Dr. Mia Blažević

Učestvovali u pripremi:

Emilija Primorac, dipl. med. sestra

Mira Pupić, dipl. med. sestra

Mirsad Smječanin, dipl. sanit. ing.

SADRŽAJ

UVOD	1
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - ANTRAKS.....	2
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - BRUCELOZA.....	4
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - DIFTERIJA	7
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - GONOREJA	9
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - HAEMOPHILUS INFLUENZAE B.....	11
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - LAJMSKA BOLEST.....	12
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - LEGIONELA	14
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - MALARIJA.....	17
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - MENIGOKOK	19
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - MORBILI I RUBEOLA	21
EPIDEMIOLOŠKA ANKETE - Q GROZNICA.....	24
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - POLIO.....	26
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - SARI	29
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - SIFILIS.....	31
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - TETANUS.....	33
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - VIRUSNA HEMORAGIJSKA GROZNICA	35
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - VIRUSNI HEPATITISI.....	37
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA – ZAUŠNJACI.....	41
EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - ŽUTA GROZNICA.....	43
IZVORI	45

UVOD

Epidemiološki podatci utemeljeni na dokazima su najvažniji za donošenje i provedbu mjera kontrole zaraznih bolesti radi zaštite zdravlja i sigurnosti javnosti. U današnjem informacijskom dobu izazov nije nedostatak podataka, već kako identificirati najrelevantnije podatke za smislene rezultate koji bi omogućili kvalitetnu analizu. Vrlo važni podaci se upravo dobivaju tijekom terenske epidemiološke istrage kako bi se utvrdio uzrok i hitnost nekog javnozdravstvenog problema. Mnogi se koraci provođenja terenske istrage oslanjaju na prepoznavanje relevantnih postojećih podataka ili prikupljanje novih podataka koji se odnose na ključne ciljeve istrage. Glavna svrha terenske istrage javnozdravstvenog problema je kontrola problema i sprečavanje širenja zarazne bolesti. Pristup ili prikupljanje dobrih, pouzdanih i pravovremenih podataka dovodi u pitanje većinu terenskih epidemioloških istraživanja. Iako službe za javno zdravstvo imaju pristup podacima o slučajevima zaraznih bolesti koje se obavezno prijavljuju, podatci prikupljeni u kontekstu terenskih ispitivanja pružaju informacije koje su potrebne za pravilnu analizu i interpretaciju odnosa izloženosti i rezultata, posebno varijabli koje mogu utjecati na rizik od bolesti. U središtu gotovo svake terenske istrage je upitnik (anketa) koji predstavlja osnovni alat za prikupljanje podataka. Standardni obrasci (formulari) ankete za pojedine bolesti ("operativna epidemiološka anketa") pomažu da se:

- Otkriju slična ili ista oboljenja u okolini oboljelog, sumnjivog ili kliconoše;
- Otkriju puteve širenja;
- Otkriju nove (ostale) kliconoše u okolini;
- Ustanovi utjecaj sredine na pojavu i širenje bolesti;
- Utvrdi rizik od mogućeg nastanka epidemije;
- Utvrdi rizik epidemije vezan za ponašanje ljudi uopće ili;
- Vezan za zanimanje.

Anketa je ključna za stvaranje odgovarajuće slike izloženosti i omogućava sistemsko prikupljanje osobnih i drugih karakteristike na ujednačen način.

Epidemiološko ispitivanje (anketiranje), prema *Zakonu o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti* ("Službene novine Federacije BiH", broj 29/05), definirano je člankom 11 i 13, kao jedna od posebnih mjera za sprečavanje i suzbijanje zaraznih bolesti.

Epidemiološke ankete za HIV/AIDS i TB, koriste se prema posebnim programima.

Smjernice za izradu upitnika za istraživanje epidemija bolesti koje se prenose hranom i vodom, nalaze se u ECDC dokumentu: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/food-and-water-borne-diseases-outbreak-investigation-questionnaire-guidance-2016_HR.pdf

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - ANTRAKS

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

KLINIČKI PODATCI

Datum oboljenja: /_/_/___/	Datum javljanja liječniku: /_/_/___/
Hospitalizacija: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Datum hospitalizacije /_/_/___/	Trajanje hospitalizacije: /___/
Kućno liječenje: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Ishod bolesti: <input type="checkbox"/> ozdravio <input type="checkbox"/> umro <input type="checkbox"/> bez podatka	Ako je umro, datum: /_/_/___/

Klinička slika:

- | | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> temperatura ____ C | <input type="checkbox"/> grlobolja | <input type="checkbox"/> glavobolja |
| <input type="checkbox"/> tresavica | <input type="checkbox"/> otežano gutanje | <input type="checkbox"/> menigealni znaci |
| <input type="checkbox"/> otečeni limfni čvorovi | <input type="checkbox"/> povraćanje | <input type="checkbox"/> poremećaj svijesti |
| <input type="checkbox"/> slabost | <input type="checkbox"/> dijareja | <input type="checkbox"/> konvulzije |
| <input type="checkbox"/> otežano disanje | <input type="checkbox"/> melena | <input type="checkbox"/> osip |
| <input type="checkbox"/> kašalj | <input type="checkbox"/> bol u stomaku | <input type="checkbox"/> rane na koži |
| <input type="checkbox"/> upala gornjih dišnih putova | <input type="checkbox"/> ascites | <input type="checkbox"/> bol u mišićima |
| <input type="checkbox"/> drugo: _____ | <input type="checkbox"/> gubitak apetita | <input type="checkbox"/> bol u očima |

Ako je pacijentica trudna, ishod trudnoće?

- | | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> živorodeno zdravo dijete | <input type="checkbox"/> prijevemeni porod |
| <input type="checkbox"/> živorodeno, umrlo u prvom tjednu | <input type="checkbox"/> živo dijete – oživljavano |
| | <input type="checkbox"/> mrtvorodeno |

Vrsta infekcije djeteta?

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Sepsa/bakterijemija |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Drugo: _____ |

EPIDEMIOLOŠKI PODATCI

Period ekspozicije (1-60 dana prije početka znakova / simptoma tj. uzimajući u obzir najduži period inkubacije bolesti): od ___/___/___ do ___/___/___		
Procjena trajanja perioda infektivnosti: od ___/___/___ do ___/___/___		
Vjerojatni izvor infekcije		Datum kontakta:
<input type="checkbox"/> prenos sa životinje na čovjeka (vjerovatan/potvrđen)	Mjesto: _____	/_/_/___/
<input type="checkbox"/> izloženost zajedničkom izvoru	Mjesto: _____	/_/_/___/
<input type="checkbox"/> izloženost kontaminiranoj hrani/vodi	Mjesto: _____	/_/_/___/
<input type="checkbox"/> drugo: _____	Mjesto: _____	/_/_/___/
Jeste li putovali u zadnje vrijeme? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		

Ako da, gdje?	Mjesto: _____ Mjesto: _____	Datum: /__/__/____/ Datum: /__/__/____/
Upotreba vode		
	<i>Za piće</i>	<i>Za higijenske potrebe</i>
Vodovod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kišnica/bunar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izvor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flaširana voda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je li voda pod zdravstvenim nadzorom? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato		
Hrana		
	Sumnjiva hrana	Osobe koje su konzumirale sumnjivu hranu
<input type="checkbox"/> kuća	_____	_____
<input type="checkbox"/> restoran	_____	_____
<input type="checkbox"/> biffe	_____	_____
<input type="checkbox"/> vrtić, škola, internat	_____	_____
<input type="checkbox"/> na izletu	_____	_____
<input type="checkbox"/> ulična prodaja	_____	_____
<input type="checkbox"/> drugo: _____	_____	_____
Jeste li u posljednjih 1-60 dana?		
<input type="checkbox"/> Bili u kontaktu s domaćim /divljim životinjama?	_____	Datum /__/__/____/
<input type="checkbox"/> Sumnjate da ste zaraženi na radnom mjestu?	_____	/__/__/____/
<input type="checkbox"/> Radite/ili ste posjetili neku farmu?	_____	/__/__/____/
<input type="checkbox"/> Drugo _____	_____	/__/__/____/
<input type="checkbox"/> importovani slučaj? <input type="checkbox"/> iz drugog kantona /regije <input type="checkbox"/> iz druge države _____		
<input type="checkbox"/> slučaj je epidemiološko povezan s drugim potvrđenim ili sumnjivim slučajem?		
PROVEDENE MJERE:		
Bolesnik		
<input type="checkbox"/> izolacija	<input type="checkbox"/> hospitalizacija	<input type="checkbox"/> zdravstveni nadzor
<input type="checkbox"/> propisana terapija		
Organizacija		
<input type="checkbox"/> prekid rada _____		
<input type="checkbox"/> DDD (opis, sredstvo) _____		
<input type="checkbox"/> Kemoprofilaksa _____		
<input type="checkbox"/> Drugo _____		
LABORATORIJSKI PODATCI		
Datum slanja uzorka /__/__/____/		
Vrsta uzorka <input type="checkbox"/> feces <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> likvor <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/> drugo _____		
Serotip _____		
Datum prvog pozitivnog uzorka: /__/__/____/ Laboratorijska potvrda? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
Laboratorij koji je dokazao infekciju: _____		
Anketu uradio _____ Datum anketiranja: /__/__/____/		
Zdravstvena ustanova _____ Telefon _____		
Adresa _____		
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ: /__/__/____/		

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - BRUCELOZA

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

KLINIČKI PODATCI

Datum oboljenja: /_/_/___/	Datum javljanja liječniku: /_/_/___/
Hospitalizacija: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Datum hospitalizacije /_/_/___/	Trajanje hospitalizacije: /___/
Kućno liječenje: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Ishod bolesti: <input type="checkbox"/> ozdravio <input type="checkbox"/> umro <input type="checkbox"/> bez podatka	Ako je umro, datum: /_/_/___/
Stadij bolesti: <input type="checkbox"/> akutno -0-8 tjedana <input type="checkbox"/> subakutno <1 godine <input type="checkbox"/> kronično > 1 godine	

Simptomi:	Da Ne NP	Datum izbijanja	Povezane dg.	Da Ne Np
Temperatura, max. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/_/_/___/	Endokarditis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Glavobolja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/_/_/___/	Upala zglobova	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kašalj	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/_/_/___/	Oboljenje kralježnice	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Obilno znojenje, noću	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/_/_/___/	Meningitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nedostatak apetita	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/_/_/___/	drugo _____	
Malaksalost	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/_/_/___/		
Mialgija	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/_/_/___/		
Smjena proliva i zatvora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/_/_/___/		
Drugo/navesti/ _____				

Ima li još hospitaliziranih od ove bolesti? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato
Ako ima, datum hospitalizacije /_/_/___/ Datum izlaska /_/_/___/

Liječenje		
Trenutno na liječenju <input type="checkbox"/>	Završeno liječenje <input type="checkbox"/>	Bez podatka <input type="checkbox"/>
Terapija i trajanje terapije		
Rifampicin _____ mg/dan _____ dana	drugo _____ mg/dan _____ dana	
Doxycycline _____ mg/dan _____ dana	drugo _____ mg/dan _____ dana	
Streptomycin _____ mg/dan _____ dana	drugo _____ mg/dan _____ dana	
Klasifikacija slučaja: <input type="checkbox"/> 1- potvrđen, 2- vjerojatan, 3- sumnjiv, 4- nije primjenjivo		

EPIDEMIOLOŠKI PODATCI

U zadnjih 6 mjeseci, jeste li putovali? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato										
Ako jeste , gdje? _____			Datum putovanja: /_/_/___/							
Kontakt sa životinjom? <input type="checkbox"/> stalan <input type="checkbox"/> povremen <input type="checkbox"/> rijedak <input type="checkbox"/> nikakav										
Drugo(upiši) _____										
Profesionalni rizik: <input type="checkbox"/> Vlasnik životinja <input type="checkbox"/> Radnik u klaonici <input type="checkbox"/> Veterinar										
<input type="checkbox"/> Radnik na preradi mlijeka <input type="checkbox"/> Kožar <input type="checkbox"/> Živi sa osobom koja ima rizik										
Vrsta kontakta:	goveda	svinja	ovca	divlja svinja	drugo	Životinje su:	Farma	Privatne	Divlja	Nepoznato
Rukovanje posteljicom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt s kožom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klanje životinje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lov životinje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugo					_____					
Konzumiranje:						Promet s proizvodima od životinja: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato				
Mlijeka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Izvoze li se proizvodi? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato				
Mliječnih proizvoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ako da, gdje? _____				
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Mesnih prerađevina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Ima li još povezanih slučajeva bolesti? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato										
Ako ima, tko? <input type="checkbox"/> član domaćinstva <input type="checkbox"/> susjed <input type="checkbox"/> radnik <input type="checkbox"/> drugo _____										
Moguća infekcija brucelozom: <input type="checkbox"/> posjeta bolnici <input type="checkbox"/> kontaminirani materijal <input type="checkbox"/> vakcina										
Drugo: _____										
Kako je došlo do izloženosti: <input type="checkbox"/> posjeta bolnici <input type="checkbox"/> laboratorij <input type="checkbox"/> farma <input type="checkbox"/> drugo: _____										
Rizik od oboljenja: <input type="checkbox"/> visok <input type="checkbox"/> nizak <input type="checkbox"/> nepoznat										
Postekspozicijska zaštita: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato										
Ako ne, zašto? <input type="checkbox"/> nepoznata izloženost <input type="checkbox"/> nedostupna <input type="checkbox"/> alergija <input type="checkbox"/> trudnoća <input type="checkbox"/> nepoznato										
Drugo: _____										
Primljena kompletna zaštita: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato										

LABORATORIJSKI PODATCI

Klasifikacija slučaja: <input type="checkbox"/> kulturom potvrđen <input type="checkbox"/> serološki potvrđen <input type="checkbox"/> vjerojatan								
Ime laboratorije _____		Grad _____		Datum /_/_/___/				
Uzorak primljen _____		Grad _____		Datum /_/_/___/				
<i>Uporedni serološki test</i>	Titar	Akutni titar	Titar oporavka	Pozitivan	Da	Ne	Np	
Test aglutinacije	<input type="checkbox"/> uk. antitijela	_:____	_:____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> IgG	_:____	_:____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ELISA _____	<input type="checkbox"/> IgG	_:____	_:____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> IgM	_:____	_:____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Drugi serološki testovi</i>	Vrijednosti titra		Pozitivan	Da	Ne	NP	Pozitivni rezultati	
Rose Bengal	_:____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Coombs IgG	_:____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Drugi: _____	_:____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<i>Drugi testovi</i>			Datum		Pozitivan	Da	Ne	NP
PCR	krv <input type="checkbox"/> apcesna rana		/_/_/___/					
	likvor	drugo _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kultura	krv <input type="checkbox"/> apcesna rana		/_/_/___/					
	likvor	drugo _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Je li uzorak za analizu uzet prije terapije?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ako je pozitivan nalaz, jeste li obavijestili nadležnu ustanovu?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anketu uradio _____		Datum anketiranja: /_/_/___/						
Zdravstvena ustanova _____		Telefon _____						
Adresa _____								
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ: /_/_/___/								

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - DIFTERIJA

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____ Grad _____	

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	Telefon _____

KLINIČKI PODATCI

Datum oboljenja: /_/_/___/	Datum javljanja liječniku: /_/_/___/
Hospitalizacija: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Datum hospitalizacije /_/_/___/	Trajanje hospitalizacije: /___/
Ishod bolesti: <input type="checkbox"/> ozdravio <input type="checkbox"/> umro <input type="checkbox"/> bez podatka	
Ako je umro, datum: /_/_/___/	
Simptomi: <input type="checkbox"/> Groznica <input type="checkbox"/> Povišena tj. temp. ___ °C <input type="checkbox"/> Slabost <input type="checkbox"/> Umor <input type="checkbox"/> Pharyngitis <input type="checkbox"/> Tosillitis	<input type="checkbox"/> Laryngitis <input type="checkbox"/> Kratkoća daha <input type="checkbox"/> Oticanje vrata <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Konjuktivitis <input type="checkbox"/> Tahikardia <input type="checkbox"/> Drugo: _____
Komplikacije: <input type="checkbox"/> Opstrukcija dišnih puteva <input type="checkbox"/> Miokarditis <input type="checkbox"/> Neuritis <input type="checkbox"/> Drugo: _____	
Liječenje (ambulantno):	
Tretirano antibioticima? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Ako da, datum? /_/_/___/	
Koji antibiotik? _____	
Trajanje terapije? _____ dana	
Liječenje (bolničko):	
Tretirano antibioticima? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Ako da, datum? /_/_/___/	
Koji antibiotik? _____	
Trajanje terapije? _____ dana	

LABORATORIJSKI PODATCI

Izvršeno lab. testiranje? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato	Datum uzimanja uzorka? /_/_/___/	Rezultat kulture? <input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nepoznato
Ako je kultura pozitivna, tip? <input type="checkbox"/> Mitis <input type="checkbox"/> Gravis <input type="checkbox"/> Intermedijski <input type="checkbox"/> Belfanti	Rezultat toksikološkog testa? <input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije urađen <input type="checkbox"/> Nepoznato	Uzorak poslat na potvrđivanje u Ref molekularnu laboratoriju? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato
Vrsta uzorka: <input type="checkbox"/> Bris ždrijela <input type="checkbox"/> Uzorak membrane <input type="checkbox"/> C.difterija izolat	Uzet uzorak za dokazivanje antitoksina difterije? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato	PCR rezultat? <input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije urađen <input type="checkbox"/> Nepoznato

EPIDEMIOLOŠKI PODATCI

Jeli pacijent putovao van zemlje u periodu od 2 tjedna prije pojave simptoma? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> np Ako da, gdje? _____ Datum putovanja? /_/_/_/_/		
Poznata izloženost slučaju dipterijske ili prenosioce? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato	Poznata izloženost međunarodnim putnicima? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato	Poznata izloženost migrantima? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato
Anketu uradio _____ Datum anketiranja: /_/_/_/_/		
Zdravstvena ustanova _____ Telefon _____		
Adresa _____		
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ: /_/_/_/_/		

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - GONOREJA

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

DIJAGNOSTIČKI PODATCI

Dijagnoza postavljena nakon pojave simptoma bolesti:

da Datum početka bolesti /_/_/___/

ne

nepoznato

Klasifikacija slučaja

ozdravio

umro Ako da, datum /_/_/___/

umro zbog druge bolesti Datum /_/_/___/

Simptomi bolesti se manifestiraju na:

cerviks urin

oči vagina

farinks uretra

rektum drugo: _____

Laboratorijska analiza urađena?

da ne nepoznato

Rezultat analize:

bolest potvrđena čeka se nalaz

negativan nalaz drugo _____

Da li je ponovljena infekcija ?

da

ne

nepoznato

Da li je partner upoznat?

nije

jest

drugo _____

Ako je vaš partner upoznat, hoće li se

javiti doktoru na pregled

obaviti skrining na STI

EPIDEMIOLOŠKI PODATCI

Jeste li imali seks sa seksualnom radnicom?

da ne nepoznato

Razlog vašeg testiranja:

STI skrining

STI skrining preporučen od doktora

posjeta bolnici zbog drugih simptoma STI

slučaj koji se tretira je sa simptomima gonoreje

kontakt sa zaraženim pojedincem

Je li primljena PrEP?

da ne nepoznato

Kontakt sa HIV+ osobom?

da ne nepoznato

Seksualni partner od koga ste dobili infekciju je:

osoba suprotnog spol

osoba istog spola

osoba s oba spola

nepoznata osoba

Vaš seksualni partner je:

stalni

povremeni

seksualna radnica

klijent

drugo _____

Zemlja moguće infekcije: _____

Hoćete li liječiti infekciju?

da ne drugo _____

Ako liječite bolest, kako?

da, određen način liječenja i th.

ići će specijalisti

izgubljen za praćenje

drugi doktor

<input type="checkbox"/> već ima simptome bolesti	<input type="checkbox"/> drugo _____
<input type="checkbox"/> neće ništa poduzimati	
<input type="checkbox"/> drugo: _____	
Anketu uradio _____	Datum anketiranja /_/_/_/_/
Zdravstvena ustanova _____	Telefon _____
Adresa _____	
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ /_/_/_/_/	

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - HAEMOPHILUS INFLUENZAE B

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____ Grad _____	

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

<p><i>Vrsta infekcije (obilježi sve primjenjivo):</i></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Primarna bakterijemija</td> <td><input type="checkbox"/> Peritonitis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Meningitis</td> <td><input type="checkbox"/> Perikarditis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otitis media</td> <td><input type="checkbox"/> Septični pobačaj</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pneumonia</td> <td><input type="checkbox"/> Amnionitis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Celulitis</td> <td><input type="checkbox"/> Septični artritis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Epiglotitis</td> <td><input type="checkbox"/> Konjuktivitis</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> drugo: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Primarna bakterijemija	<input type="checkbox"/> Peritonitis	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Perikarditis	<input type="checkbox"/> Otitis media	<input type="checkbox"/> Septični pobačaj	<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Amnionitis	<input type="checkbox"/> Celulitis	<input type="checkbox"/> Septični artritis	<input type="checkbox"/> Epiglotitis	<input type="checkbox"/> Konjuktivitis	<input type="checkbox"/> drugo: _____		<p><i>Bakterijske vrste izolirane iz bilo kojeg normalno sterilnog mjesta:</i></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Naisseria meningitidis</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grupa B Streptococcus</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Druge bakterijske vrste</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Naisseria meningitidis	<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae	<input type="checkbox"/> Grupa B Streptococcus	<input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes	<input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae	<input type="checkbox"/> Druge bakterijske vrste
<input type="checkbox"/> Primarna bakterijemija	<input type="checkbox"/> Peritonitis																				
<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Perikarditis																				
<input type="checkbox"/> Otitis media	<input type="checkbox"/> Septični pobačaj																				
<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Amnionitis																				
<input type="checkbox"/> Celulitis	<input type="checkbox"/> Septični artritis																				
<input type="checkbox"/> Epiglotitis	<input type="checkbox"/> Konjuktivitis																				
<input type="checkbox"/> drugo: _____																					
<input type="checkbox"/> Naisseria meningitidis																					
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae																					
<input type="checkbox"/> Grupa B Streptococcus																					
<input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes																					
<input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae																					
<input type="checkbox"/> Druge bakterijske vrste																					

<i>Uzorak (obilježiti sve primjenjivo):</i>		
<input type="checkbox"/> Krv	<input type="checkbox"/> Pleuralna tekućina	<input type="checkbox"/> Placenta
<input type="checkbox"/> CSF	<input type="checkbox"/> Peritonealna tekućina	<input type="checkbox"/> Drugo normalno sterilno mjesto
<input type="checkbox"/> Perikardijalna tekućina		
Datum uzimanja uzorka: /_/_/___/		

Je li pacijent primio cjepivo protiv Hemofilus influenzae tip B? da ne nepoznato
Ako je odgovor DA, molimo popunite listu ispod

Doza	Doza data	Naziv cjepiva/proizvođača	Broj LOT – a
1.	/_/_/___/		
2.	/_/_/___/		
3.	/_/_/___/		
4.	/_/_/___/		

<p>Koji je serotip?</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Tip B</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nije tipiziran</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Drugo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nepoznato</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Tip B	<input type="checkbox"/> Nije tipiziran	<input type="checkbox"/> Drugo	<input type="checkbox"/> Nepoznato	<p>Ako je H.Influenze izoliran iz krvi ili CSF, je li otporan na:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><i>Ampicilin?</i></td> <td><i>Chloramphenicol?</i></td> <td><i>Rifampicin?</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> da</td> <td><input type="checkbox"/> da</td> <td><input type="checkbox"/> da</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ne</td> <td><input type="checkbox"/> ne</td> <td><input type="checkbox"/> ne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nepoznato</td> <td><input type="checkbox"/> nepoznato</td> <td><input type="checkbox"/> nepoznato</td> </tr> </table>	<i>Ampicilin?</i>	<i>Chloramphenicol?</i>	<i>Rifampicin?</i>	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato	<input type="checkbox"/> nepoznato	<input type="checkbox"/> nepoznato
<input type="checkbox"/> Tip B																	
<input type="checkbox"/> Nije tipiziran																	
<input type="checkbox"/> Drugo																	
<input type="checkbox"/> Nepoznato																	
<i>Ampicilin?</i>	<i>Chloramphenicol?</i>	<i>Rifampicin?</i>															
<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da															
<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne															
<input type="checkbox"/> nepoznato	<input type="checkbox"/> nepoznato	<input type="checkbox"/> nepoznato															

Anketu uradio _____	Datum anketiranja /_/_/___/
Zdravstvena ustanova _____	Telefon _____
Adresa _____	
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ: /_/_/___/	

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - LAJMSKA BOLEST

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

KLINIČKI PODATCI

Rana faza bolesti (simptomi unutar jednog mjeseca od momenta uboda krpelja)

<input type="checkbox"/> osip	<input type="checkbox"/> letargija	<input type="checkbox"/> ukočenost vrata
<input type="checkbox"/> umor	<input type="checkbox"/> glavobolja	<input type="checkbox"/> regionalna limfadenopatija
<input type="checkbox"/> slabost	<input type="checkbox"/> mialgija	drugo _____

II faza - rana diseminarna bolest (simptomi se javljaju tjednima/ mjesecima nakon uboda)

DERMATOLOŠKI	Da	Ne	NP
Eritrema migrans (EM pri dg. šire od 5cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REUMATOLOŠKI			
Artritis karakterističan za ovu bolest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROLOŠKI			
Belova paraliza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radikuloneuropatija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linfocitni meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encefalitis/ encefalomielitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CSF (likvor testiran na B. Burgdorferi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antitijela na B.burgdorferi veća u likvoru nego u serumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KARDIOLOŠKI			
II ili III AV blok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mioperikarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugo (navesti): _____			

Datum pojave simptoma: Datum javljanju liječniku: Datum postavljanja dijagnoze:
 /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/

Je li pacijent hospitaliziran? da ne nepoznato Ako da, datum /_/_/___/

Terapija - antibiotik koji se daje _____ Koliko dana? _____

Ishod bolesti: ozdravio neizliječen nepoznato umro Ako da, datum /_/_/___/

Klasifikacija slučaja: potvrđen vjerojatan sumnjiv nepoznato

EPIDEMIOLOŠKI PODATCI

Vrijeme pojave simptoma od trenutka uboda krpelja:	
<input type="checkbox"/> unutar mjesec dana	<input type="checkbox"/> mjeseci _____ (navesti broj)
<input type="checkbox"/> tjedana _____ (navesti broj)	<input type="checkbox"/> godina _____ (navesti broj)
<input type="checkbox"/> nepoznato (pacijent se ne sjeća uboda)	

Najverovatnije mjesto uboda _____ Zemlja _____ Grad _____
Jeste li putovali? da ne Ako da, gdje _____ Datum /__/__/__/
Napomena: _____

LABORATORIJSKI PODATCI

Datum slanja uzorka /__/__/__/
Datum prijema uzorka /__/__/__/
Vrsta uzorka: krv likvor sinovijalna tekućina biopsija _____
Vrsta pretrage: ELISA WB PC drugo _____
Rezultat analize: pozitivan negativan Datum prvog pozitivnog uzorka: /__/__/__/
Rezultat kulture: _____
Laboratorij koji je radio analize: _____
Drugo (navesti): _____

Anketu uradio _____ Datum anketiranja /__/__/__/
Zdravstvena ustanova _____ Telefon _____
Adresa _____
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ /__/__/__/

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - LEGIONELA

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

DIJAGNOSTIČKI PODACI

Dijagnoza: <input type="checkbox"/> legionela (pneumonia) <input type="checkbox"/> pontijačka groznica (groznica, mialgija, bez pneumonije) <input type="checkbox"/> drugo (endokarditis, infekcija rane)		Datum početka simptoma /_/_/___/ Datum prijave nadležnoj službi /_/_/___/				
Simptomi: <input type="checkbox"/> kašalj <input type="checkbox"/> kratkoća daha <input type="checkbox"/> temperatura <input type="checkbox"/> bolovi u mišićima <input type="checkbox"/> glavobolja						
Je li pacijent bio hospitaliziran tijekom liječenja legionele? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato Ako jest, datum /_/_/___/ Bolnica, ime _____ Grad _____ Ishod bolesti: <input type="checkbox"/> ozdravio <input type="checkbox"/> još bolestan <input type="checkbox"/> umro <input type="checkbox"/> nepoznato						
10 dana prije početka simptoma bolesti je li pacijent spavao izvan kuće (isključuje bolnicu): <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato						
Naziv ustanove	Adresa	Grad	Zemlja	Br. sobe	Datum	
					dolaska	odlaska
Ako da, jeste li izvjestili nadležnu zdravstvenu ustanovu (ZZJZ): <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato						
10 dana prije pojave simptoma je li pacijent provodio vrijeme u spa centru, bazenu, turskoj kupelji, rekreacijskom centru, saunama: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato Ako da, gdje _____ datum zadnje posjete /_/_/___/						
10 dana prije pojave simptoma je li pacijent koristio ovlaživače zraka ili druge naprave koje koriste paru: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato Ako da, navesti koju: _____						
Je li bilo izgradnje, vodovodne popravke, kvara vodovoda ili popravka vode bilo na poslu ili tokom putovanja pacijenta 10 dana prije pojave simptoma? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato						

Ako da:						
Vrsta posla		Datum			Mjesto	
10 dana prije pojave simptoma je li pacijent radio u vrtu, imao dodir sa zemljom za vrtlarenje ili posjetio vrtni centar: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato						
10 dana prije pojave simptoma je li pacijent koristio drugu terapiju za apneju spavanja, KOPB ili astmu: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato Ako je koristio terapiju, je li to pumpica za astmu, inhalator: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato Ako jest, tekucina je: <input type="checkbox"/> sterilna <input type="checkbox"/> nesterilna <input type="checkbox"/> boca <input type="checkbox"/> slavina <input type="checkbox"/> nepoznato <input type="checkbox"/> drugo(navesti): _____						
Je li pacijent 10 dana prije pojave simptoma boravio u zdravstvenoj ustanovi ili ustanovi za skrb o bolesnicima: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato Ako jest, navesti razlog boravka:						
Vrsta zdravstvene ustanove	Vrsta izloženosti	Centar za transplataciju	Razlog posjete	Grad	Datum	
					dolaska	odlaska
<input type="checkbox"/> bolnica <input type="checkbox"/> dugotrajna skrb <input type="checkbox"/> klinika <input type="checkbox"/> drugo	<input type="checkbox"/> ležeći pacijent <input type="checkbox"/> vanjski pacijent <input type="checkbox"/> posjetitelj <input type="checkbox"/> uposlenik	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoz.				
Je li pacijent povezan sa zdravstvenom ustanovom: <input type="checkbox"/> da (hospitalizirani pacijent je duze zivio u staračkom domu , 10 dana prije pojave simptoma) <input type="checkbox"/> ne (bio manje od 10 dana u ustanovi prije pojave simptoma) <input type="checkbox"/> moguće (pacijent posjećivao starački dom , 10 dana prije pojave simptoma bolesti) <input type="checkbox"/> drugo (navesti) _____						
10 dana prije pojave simptoma, je li pacijent živio ili posjećivao starački dom: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato						
Vrsta objekta	Vrsta izloženosti	Naziv objekta	Grad	Zemlja	Datum	
					dolaska	odlaska
<input type="checkbox"/> Boravak uz pomoć	<input type="checkbox"/> boravi <input type="checkbox"/> posjećuje <input type="checkbox"/> uposlenik					
<input type="checkbox"/> Boravak bez stručne pomoći (med.ses.) ili osobne njege	<input type="checkbox"/> boravi <input type="checkbox"/> posjećuje <input type="checkbox"/> uposlenik					
Je li ovaj slučaj povezan sa drugim slučajem: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato Ako da napisati mjesto, objekat , grad, zemlju slučaja: _____						

MEDICINSKA POVIJEST

Ima li pacijent neku od navedenih bolesti:			
Kronična bolest bubrega	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato
Oslabljen imunitet (karcinom, kemoterapija, HIV)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato
Kronična bolest pluća	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato
Astma	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato
Bolesti srca	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato
Bolesti jetre	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato
Druge bolesti: _____			

NAVIKE

Puši li pacijent	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato
Je li bivši pušač	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato
Konzumira li alkohol	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepoznato

LABORATORISKI PODATCI

Potvrđen slučaj <input type="checkbox"/>	Suspektan slučaj <input type="checkbox"/>
Antigen u urinu pozitivan <input type="checkbox"/> Ako da, datum /__/__/__/	Četverostruki porast antitijela osim legionela pneumonije serogrupe 1 ili legionela udruženi antigeni <input type="checkbox"/> Ako da, početni titar _____ Datum /__/__/__/ rekoalescentni _____ Datum /__/__/__/ vrsta bakterije _____ grupa _____
Pozitivna kultura <input type="checkbox"/> Ako da, datum /__/__/__/ biopsija pluća <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/> respiratorni sekret <input type="checkbox"/> pleuralna tekućina <input type="checkbox"/> drugo _____ vrsta bakterije _____ serogrupa _____	Imunofluorescencija antitijela, pozitivan <input type="checkbox"/> Ako da, datum analize /__/__/__/ biopsija pluća <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/> respiratorni sekret <input type="checkbox"/> pleuralna tekućina <input type="checkbox"/> drugo _____ vrsta bakterije _____ serogrupa _____
Četverostruki porast antitijela u serumu legionele pneumonije serogrupa 1: da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Ako da, početni titar _____ Datum /__/__/__/ rekoalescentni _____ Datum /__/__/__/	PCR molekularni test: da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Ako da, datum /__/__/__/ biopsija pluća <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/> respiratorni sekret <input type="checkbox"/> pleuralna tekućina <input type="checkbox"/> drugo _____ vrsta bakterije _____ serogrupa _____
Anketu uradio _____ Datum anketiranja /__/__/__/ Zdravstvena ustanova _____ Telefon _____ Adresa _____ Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ /__/__/__/	

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - MALARIJA

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/____/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/____/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

LABORATORIJSKI PODATCI

<i>Pozitivan laboratorijski test (označiti):</i>	
<input type="checkbox"/> krvni razmaz	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> RDT <input type="checkbox"/> Nije testiran/nepoznato
<i>Vrsta detektiranog parazita- Plasmodium:</i>	
<input type="checkbox"/> Vivax	<input type="checkbox"/> Falciparum <input type="checkbox"/> Malariae <input type="checkbox"/> Ovale <input type="checkbox"/> Nije određeno
<input type="checkbox"/> Druga vrsta (navesti): _____	Parazitemija (%): _____
Naziv laboratorija: _____	Kontakt telefon: _____
Jeli uzorak poslan u laboratoriju na analizu?	
<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato
Ako jeste, naved vrstu uzorka: <input type="checkbox"/> razmaz <input type="checkbox"/> puna krv <input type="checkbox"/> drugo (navesti): _____	

EPIDEMIOLOŠKI PODATCI

Je li pacijent putovao ili živio izvan BiH tijekom protekle 2 godine? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Ako da, gdje:		
Zemlja 1.: _____	2.: _____	3.: _____
Datum povratka /_/_/____/	/_/_/____/	/_/_/____/
Dužina boravka _____	_____	_____
Glavni razlog zadnjeg putovanja izvan ili u BiH:		
<input type="checkbox"/> turizam	<input type="checkbox"/> misionari	<input type="checkbox"/> student/učitelj
<input type="checkbox"/> posao	<input type="checkbox"/> posjeta obitelji/prijateljima	<input type="checkbox"/> drugo: _____
<input type="checkbox"/> vojska	<input type="checkbox"/> zrakoplovna/brodsko posada	<input type="checkbox"/> nepoznato
<input type="checkbox"/> mirovne snage	<input type="checkbox"/> izbjeglica/migrant	
Jeste li uzimali kemoprofilaksu protiv malarije? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato		
Ako da, koje? <input type="checkbox"/> Klorokin <input type="checkbox"/> Mefloquine <input type="checkbox"/> Doksiciklin <input type="checkbox"/> Primakin <input type="checkbox"/> Atovakon/proguanil		
<input type="checkbox"/> drugo: _____ <input type="checkbox"/> nepoznato		
Jeste li redovito uzimali propisanu kemoterapiju? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne/neredovito <input type="checkbox"/> Nepoznato		
Razlog zbog kojeg niste redovno pili lijekove? <input type="checkbox"/> zaboravio <input type="checkbox"/> mislim da mi ne trebaju <input type="checkbox"/> nepoznato		
<input type="checkbox"/> nuspojave na lijek <input type="checkbox"/> prijevremeno prekinuta terapija <input type="checkbox"/> drugo: _____		
Jeste li imali malariju u proteklih 12 mjeseci (prije ovog izvješća)? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato		
Ako da, označi uzročnika: <input type="checkbox"/> Vivax <input type="checkbox"/> Falciparum <input type="checkbox"/> Malariae <input type="checkbox"/> Ovale <input type="checkbox"/> nije određeno		
<input type="checkbox"/> drugo: _____ Datum prethodne bolesti: /_/_/____/		
Jeste li primali transfuziju krvi ili imali transplataciju organa u proteklih 12 mjeseci?		
<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Nepoznato
Ako da, kada: /_/_/____/		

KLINIČKI PODATCI

Je li pacijent hospitaliziran? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato	
Naziv bolnice: _____	Datum hospitalizacije: /_/_/___/
Dijagnoza: <input type="checkbox"/> klinička <input type="checkbox"/> cerebralna malarija <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> nijedno	
Komplikacije: <input type="checkbox"/> zatajenje bubrega <input type="checkbox"/> teška anemija <input type="checkbox"/> drugo: _____	
Je li pacijent umro? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato Ako da, datum: /_/_/___/	
<i>Terapija:</i>	
<input type="checkbox"/> Klorokin <input type="checkbox"/> Tetraciklin <input type="checkbox"/> Doksiciklin <input type="checkbox"/> Meflokine <input type="checkbox"/> Primakin <input type="checkbox"/> Kinin	
<input type="checkbox"/> Klindamicin <input type="checkbox"/> Atovakon/proguanil <input type="checkbox"/> Artesunat <input type="checkbox"/> Artemeter/lumefantrin	
<input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Transfuzija krvi <input type="checkbox"/> Drugo (navesti): _____	
Anketu uradio _____	Datum anketiranja /_/_/___/
Zdravstvena ustanova _____	Telefon _____
Adresa _____	
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ /_/_/___/	

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - MENIGOKOK

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____ Grad _____	

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: _/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

KLINIČKI PODATCI

<i>Simptomi:</i>	Da	Ne	NP	<i>Komplikacije:</i>	Da	Ne	NP
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glavobolja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Povraćanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gubitak sluha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konvulzije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gubitak vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ukočen vrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perikarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poremećaj svijesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugo: _____				Encefalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Osteomijelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Poremećaj koordinacije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hospitalizacija</i>							
Zdravstvena ustanova: _____							
Trajanje hospitalizacije: od _/_/___/ do _/_/___/							
Ishod bolesti: <input type="checkbox"/> ozdravio							
<input type="checkbox"/> umro Ako da, datum: _/_/___/							
<input type="checkbox"/> nepoznato							

LABORATORIJSKI PODATCI

<p><i>Serološka grupa N. meningitidis (tip)</i></p> <input type="checkbox"/> skupina A <input type="checkbox"/> skupina B <input type="checkbox"/> skupina C <input type="checkbox"/> skupina Y <input type="checkbox"/> skupina W 135 <input type="checkbox"/> nije grupirana <input type="checkbox"/> bez podatka <input type="checkbox"/> drugo (upisati): _____	<p>Postoji li rezistencija N. Meningitidis na:</p> <p>Sulfasalazin <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> NP Rimfapicin <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> NP</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EPIDEMIOLOŠKI PODATCI

<p><i>Izvor infekcije:</i></p> <input type="checkbox"/> vrtić <input type="checkbox"/> škola <input type="checkbox"/> dispanzer <input type="checkbox"/> bolnica <input type="checkbox"/> kuća <input type="checkbox"/> radno mjesto <input type="checkbox"/> đачki dom <input type="checkbox"/> vojni garnizon <input type="checkbox"/> ustanove za njegu <input type="checkbox"/> vjerski objekat <input type="checkbox"/> međunarodno putovanje <input type="checkbox"/> drugo (upiši): _____
<p>Oboljenje povezano s drugom epidemijom: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> NP</p> <p>Ako da, koja? _____</p>

Bolest uvezena iz: druge regije: _____
druge države: _____

Cjepni status

Prije bolesti cijepljen protiv N. Meningitidis: Da Ne NP Ako da, broj doza: _____
Vrsta cjepiva: _____ Datum zadnjeg cjepiva: /_/_/_/_/

Informacije o bliskim kontaktima

Ime i prezime: _____ Dob: _____
Način kontakta:
 član obitelji kolektiv zdravstveno osoblje drugo (upiši): _____
Cijepljen: Da Ne NP
Ako da, broj doza: _____
Kemoprofilaksa: Da Ne NP Ako da, datum: /_/_/_/_/
Data profilaksa: Rifampicin Ceftriaxon Ciprofloxacina

Informacije o bliskim kontaktima

Ime i prezime: _____ Dob: _____
Način kontakta:
 član obitelji kolektiv zdravstveno osoblje drugo (upiši): _____
Cijepljen: Da Ne NP
Ako da, broj doza: _____
Kemoprofilaksa: Da Ne NP Ako da, datum: /_/_/_/_/
Data profilaksa: Rifampicin Ceftriaxon Ciprofloxacina

Informacije o bliskim kontaktima

Ime i prezime: _____ Dob: _____
Način kontakta:
 član obitelji kolektiv zdravstveno osoblje drugo (upiši): _____
Cijepljen: Da Ne NP
Ako da, broj doza: _____
Kemoprofilaksa: Da Ne NP Ako da, datum: /_/_/_/_/
Data profilaksa: Rifampicin Ceftriaxon Ciprofloxacina

Informacije o bliskim kontaktima

Ime i prezime: _____ Dob: _____
Način kontakta:
 član obitelji kolektiv zdravstveno osoblje drugo (upiši): _____
Cijepljen: Da Ne NP
Ako da, broj doza: _____
Kemoprofilaksa: Da Ne NP Ako da, datum: /_/_/_/_/
Data profilaksa: Rifampicin Ceftriaxon Ciprofloxacina

Anketu uradio _____ Datum anketiranja: /_/_/_/_/
Zdravstvena ustanova _____ Telefon _____
Adresa _____
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ: /_/_/_/_/

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - MORBILI I RUBEOLA

Šifra slučaja: _____ Entitet: _____ Region/kanton: _____

Datum prijavljivanja: __/__/__ Datum istraživanja: __/__/__ Datum izvještavanja: __/__/__

Inicijalna klinička dijagnoza: klinički slučaj morbila klinički slučaj rubeole ostalo nepoznato

Da li je u vezi sa epidemijom: da ne nepoznato Šifra epidemije: _____

Izvor prijavljivanja: javni sektor laboratorij zajednica aktivno traženje kontakt suspektog slučaja ostalo

A. Identifikacija

Ime i prezime: _____ Pol: muški ženski

Dob: godine ____ mjeseci ____ Datum rođenja: __/__/__

Adresa: _____

Ime i prezime majke: _____

Vakcinalni status Datum poslednje vakcinacije:
 Potvrđeno u pisanoj formi

Morbili : ne da, broj doza* ____ nepoznato ____/____/____ da ne
 nepoznato

Rubeola: ne da, broj doza* ____ nepoznato ____/____/____ da ne
 nepoznato

*upišite broj datih doza (ukoliko je broj nepoznat, ali dijete jeste vakcinisano, upišite 1)

Trudnoća: da ne Gestativna dob: ____ sedmica

B. Kliničke informacije

Datum pojave osipa: __/__/__ Trajanje osipa (dani): _____

Lokacija inicijalnog osipa: retroaurikularno lice vrat grudni koš ostalo , navedite šta: _____

Vrsta osipa: makulopapularni vezikularni ostalo , navedite šta: _____

Ostali simptomi: **Prisustvo komplikacija** da ne

Groznica: da ne Pneumonija: da ne nepoznato
 nepoznato

Koriza da ne Pothranjenost: da ne nepoznato
 nepoznato

Kašalj da ne nepoznato Dijareja: da ne nepoznato

Konjunktivitis: da ne nepoznato Encefalitis: da ne nepoznato

Prisustvo jednog ili više da ne nepoznato Ostalo: da ne nepoznato

od sljedećih simptoma:

adenopatija, artralgija i artritis

Hospitaliziran: da ne Naziv bolnice: _____

Klinički ishod: smrt preživljavanje pacijent nije praćen ukoliko je smrt, datum smrti: __/__/____

Uzrok smrti:

C. Mogući izvor infekcije

Da li je pacijent bio u kontaktu sa nekim drugim slučajem morbila ili rubeole 7-23 dana prije pojave osipa?

da ne nepoznato

Ako da,

Sa kim (šifra slučaja/ime i prezime)?

Gdje (zemlja/adresa)

Kada (datumi)

Da li je u ovom području prije ovog slučaja bilo prijavljenih slučajeva morbila ili rubeole? da ne nepoznato

Ako da, molimo navedite detalje:

Da li je pacijent nekamo putovao 7-23 dana prije pojave osipa?

da ne nepoznato

Ako da,

Kamo (zemlja/adresa)
putovanju

Kada (datumi)

Detalji o

Da li je slučaj epidemiološki povezan sa uvezenim slučajem? da ne nepoznato

Ako da,

Sa kojim (šifra slučaja/ime i prezime)?

Gdje (zemlja/adresa)

Kada (datumi)

D. Laboratorijski podaci

Uzet uzorak da ne nepoznato

Ako da, vrsta uzorka: serum pljuvačka/oralna tečnost nazofaringealni bris uzorak osušene krvi urin

EDTA cijela krv drugi uzorak _____

Datum uzimanja uzorka: ____/____/____ Datum slanja uzorka: ____/____/____

IgM na morbile: nije testiran pozitivan negativan test u toku neodređen

IgM na rubeolu: nije testiran pozitivan negativan test u toku neodređen

Datum dobivanja rezultata (prvi vrednovan rezultat): ____/____/____

Otkrivanje virusa morbila: nije testiran pozitivan negativan test u toku genotip _____

Otkrivanje virusa rubeole: nije testiran pozitivan negativan test u toku genotip _____

E. Finalna klasifikacija

Morbili Rubeola Odbačen Ako je odbačen, objasnite zašto _____

Laboratorijski potvrđen epidemiološka veza klinički

Uvezen porijeklom iz zemlje povezan sa uvezenim nepoznato

Datum finalne klasifikacije ____/____/____

Istraživanje uradio

Ime i prezime: _____ Pozicija: _____

Datum istraživanja: ____/____/____

Opservacije: _____

Potpis:

EPIDEMIOLOŠKA ANKETE - Q GROZNICA

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

EPIDEMIOLOŠKI PODATCI

Zanimanje u trenutku pojave bolesti:

<input type="checkbox"/> prerada vune i kože	<input type="checkbox"/> mljekarstvo	<input type="checkbox"/> medicinska istraživanja
<input type="checkbox"/> poljoprivreda	<input type="checkbox"/> veterinar/vet. tehničar	<input type="checkbox"/> živite s osobom koja se bavi prethodno navedenim zanimanjem
<input type="checkbox"/> stočarstvo	<input type="checkbox"/> laboratorijski radnik	<input type="checkbox"/> drugo: _____
<input type="checkbox"/> klaonica/mesnica	<input type="checkbox"/> istraživač na životinjama	

Kontakt s nekom životinjom unutar 2 mjeseca od pojave bolesti (označiti u dole navedenom):

<input type="checkbox"/> krupna stoka	<input type="checkbox"/> golubovi	<input type="checkbox"/> drugo: _____
<input type="checkbox"/> ovce	<input type="checkbox"/> mačke	
<input type="checkbox"/> koze	<input type="checkbox"/> zečevi	

Ako živite u ruralnom području, postoji li u krugu od 2km od Vaše kuće životinjska farma?
 da ne nepoznato Ako da, koja je životinja: _____

Jeste li bili izloženi životinjama koje rađaju?
 da ne nepoznato Ako da, koja je životinja: _____

Jeste li koristili nepasterizirano mlijeko?
 da ne nepoznato Ako da, koja je životinja: _____

Jeste li igdje putovali u protekloj godini?
 da ne nepoznato Ako da, navesti mjesto: _____

Je li bilo drugih članova obitelji s istim simptomima u protekloj godini?
 da ne nepoznato

KLINIČKI PODATCI

Klinički znaci i simptomi bolesti:

<input type="checkbox"/> temperatura (>37,8 C)	<input type="checkbox"/> slabost	<input type="checkbox"/> glavobolja	<input type="checkbox"/> pneumonia
<input type="checkbox"/> mialgija	<input type="checkbox"/> osip	<input type="checkbox"/> splenomegalija	<input type="checkbox"/> hepatitis
<input type="checkbox"/> retrobulbarna bol	<input type="checkbox"/> kašalj	<input type="checkbox"/> hepatomegalija	<input type="checkbox"/> endokarditis

drugo (navesti): _____ Datum pojave simptoma /_/_/___/

Je li postojala neka ranija bolest ili stanje?

<input type="checkbox"/> imunokompromitiranost	<input type="checkbox"/> bolest srčanih zalistaka
<input type="checkbox"/> trudnoća	<input type="checkbox"/> drugo: _____

Je li pacijent bio hospitaliziran zbog ove bolesti? da ne np

Je li pacijent umro zbog komplikacija ove bolesti? da ne np Ako da, datum: /_/_/___/

LABORATORIJSKI PODATCI

Naziv laboratorija: _____		Grad: _____	
<i>Serologija</i>	Faza I antigena		Faza II antigena
(samo specifične analize)	Serologija 1 / / / / titar pozitivan	Serologija 2 / / / / titar pozitivan	Serologija 1 / / / / titar pozitivan
	Serologija 2 / / / / titar pozitivan	Serologija 1 / / / / titar pozitivan	Serologija 2 / / / / titar pozitivan
IFA – IgM	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
IFA – IgG	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Drugi test	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
<i>Drugi dijagnostički testovi</i>	Pozitivan <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ispitani uzorci: _____ _____ _____	
PCR	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
Imunološki	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
Kultura	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
Postoji li četverostruki porast titra antitjela između dva uzorka? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne			
Anketu uradio _____		Datum anketiranja / / / /	
Zdravstvena ustanova _____		Telefon _____	
Adresa _____			
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ / / / /			

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - POLIO

Dio I: hitno istraživanje slučaja										
<i>IDENTIFIKACIJA</i>										
EPID #					Datum istraživanja					
						dan	mjesec	godina		
Ime pacijenta				Adresa						
Opština/selo				Region/kanton		Entitet				
Datum rođenja					Ako je nepoznat, starost u mjesecima		Pol	M	Ž	
	dan	mjesec	godina			mjeseci				
Ime oca					Ime majke					
<i>PRIJAVLJIVANJE</i>										
Datum kada je slučaj prvi put prijavljen nekog javnoj zdravstvenoj ustanovi										
						dan	mjesec	godina		
Datum prijema u bolnicu, ako je primjenjivo										
						dan	mjesec	godina		
Naziv bolnice					Broj bolničkog protokola					
Klinička dijagnoza					Ime ljekara					
<i>ANAMNEZA I SIMPTOMI PACIJENTA</i>										
Datum pojave paralize										
						dan	mjesec	godina		
Ukoliko je pacijent preminuo, datum smrti										
						dan	mjesec	godina		

Navedite bilo kakvu prethodnu paralizu, napade ili druge neurološke poremećaje kod pacijenta								
Verificirati		Da li je paraliza akutna? (npr. brza progresija)			da	ne	nepoznato	
		Da li je paraliza flacidna ? (npr. mlitavost udova)			da	ne	nepoznato	
Ako paraliza nije ni akutna ni flacidna, prekinite istraživanje. Navedite dijagnozu, ako je poznata.								
Ako je paraliza akutna i flacidna, nastavite istraživanje								
Da li je pri pojavljivanju paralize bila prisutna i povišena temperatura?					da	ne	nepoznato	
Da li je paraliza asimetrična?					da	ne	nepoznato	
Koliko dana je proteklo od pojave to punog razvoja paralize?					dana		nepoznato	
Lokacija paralize	Lijeva noga	da	ne	nepoznato	Disajni mišići	da	ne	nepoznato
	Desna noga	da	ne	nepoznato		Mišići vrata	da	ne
	Lijeva ruka	da	ne	nepoznato	Mišići lica		da	ne
	Desna ruka	da	ne	nepoznato		Ostalo: navedite		
Lokacija paralize u rukama?				proksimalno	distalno	oboje	niti jedno	nepoznato
Lokacija paralize u nogama?				proksimalno	distalno	oboje	niti jedno	nepoznato
Da li je došlo do gubitka funkcije senzornih živaca?					da	ne	nepoznato	
Da li je pacijent putovao na udaljenost veću od 10km od kuće 28 dana nakon pojave paralize?					da	ne	nepoznato	
Ako jeste, od navedite datume				do				
	dan	mjesec	godina		dan	mjesec	godina	
Ako jeste, kamo? Zemlja	Region/kanton			Selo				
Da li su se pojavili drugi slučajevi AFP-a u zajednici u kojoj pacijent živi, unutar 60 dana od pojave simptoma kod pacijenta?					da	ne	nepoznato	

<i>IMUNIZACIJA</i>			
Da li je pacijent imao kod sebe imunizacijski karton tokom istraživanja?	da	ne	nepoznato
Broj doza OPV vakcine primljenih u okviru rutinske imunizacije (osim nulte doze)		doza	nepoznato
Broj dodatnih doza OPV vakcine, datih tokom kampanja		doza	nepoznato
Datum primanja poslednje doze OPV vakcine			
	dan	mjesec	godina
<i>UZIMANJE UZORAKA STOLICE</i>			
Datum uzimanja prvog uzorka stolice			
	dan	mjesec	godina
Datum uzimanja drugog uzorka stolice			
	dan	mjesec	godina
Ime osobe koja vrši istraživanje		Potpis	
Hvala Vam na saradnji! Molimo da ovaj formular dostavite menadžeru EPI programa (i zadržite 1 kopiju za sebe).			
Ne zaboravite da uradite kontrolni pregled najmanje 60 dana nakon pojave paralize, te da za to upotrijebite dio II ovog formulara			

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - SARI

SARI – obrazac za bris			
ID broj:	Datum izbijanja simptoma:	Datum prvog javljanja u zdr. ustanovu:	Datum hospitalizacije:
Naziv bolnice :		Datum popunjavanja obrasca:	Datum uzimanja uzorka:
OSOBNİ PODACI O PACIJENTU			
Jedinstveni identifikacijski broj pacijenta ILI pacijentovo Ime: Prezime:	Spol: <input type="checkbox"/> Muški <input type="checkbox"/> <u>Ženski</u> Ako je ženski: <input type="checkbox"/> Trudnica <input type="checkbox"/> Poslije poroda (do 6 tjedana) <input type="checkbox"/> Nije trudnica ni poslije poroda	Datum rođenja: ILI dob: _____ godina _____ mjeseci	
Adresa stanovanja:			Kontakt telefon:
KRONIČNE BOLESTI			
<input type="checkbox"/> Kr. bolest pluća	<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Dijabetes	<input type="checkbox"/> Kr. srčana bolest
<input type="checkbox"/> Kr. neurol. poremećaj	<input type="checkbox"/> Kr. bolest jetre	<input type="checkbox"/> Imunosuprimiran	<input type="checkbox"/> Kr. bubrežna bolest
<input type="checkbox"/> Kr. nepoznato	<input type="checkbox"/> Ništa		
DRUGA STANJA (po izboru – može biti definirano na bazi prioriteta)			
<input type="checkbox"/> Debljina (BMI>30 ili klin. procjena pretilosti)	<input type="checkbox"/> Druga stanja 1	<input type="checkbox"/> Druga stanja 2	<input type="checkbox"/> Druga stanja 3
CIJEPLJENJE I ANTIVIROTICI			
Jeste li uzimali antivirusne lijekove tijekom ove bolesti?		<input type="checkbox"/> DA	Datum:
		<input type="checkbox"/> NE	
Ako Da, koje	<input type="checkbox"/> Oseltamivir	<input type="checkbox"/> Zanamivir	<input type="checkbox"/> Drugo: _____
Jeste li se cijepili protiv gripe u ovoj sezoni?		<input type="checkbox"/> DA	Datum:
		<input type="checkbox"/> NE	

SARI – KRITERIJI ZA DEFINICIJU SLUČAJA (po izboru – može biti korisno za pridržavanje kriterija definicije slučaja uz prisutnost mjerene temperature)			
Izmjerena temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Nepoznato
Način mjerenja temperature:	<input type="checkbox"/> Oralno	<input type="checkbox"/> Aksilarno	<input type="checkbox"/> Drugo _____
U anamnezi povišena temperatura ili vrućica	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Nepoznato
Kašalj?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Nepoznato
Kratkoća daha ili otežano disanje?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Nepoznato
Zahjev za naglu hospitalizaciju?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Nepoznato
ISHOD LIJEČENJA (neobvezno – ako je komponenta uključena u sustav nadzora)			
Pacijent je:	<input type="checkbox"/> Otpušten živ	<input type="checkbox"/> Umro	<input type="checkbox"/> Nepoznato
Pacijent primljen u JIL?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Ne postoji JIL u bolnici
Je li liječenje zahtijevalo mehaničku ventilaciju	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Nepoznato
LABORATORIJSKI REZULTATI (po mogućnosti popunjava referalni laboratorij)			
Vrsta uzetog uzorka	<input type="checkbox"/> Bris nosa	<input type="checkbox"/> Bris grla	<input type="checkbox"/> Drugo _____
Laboratorijska konfirmacijska metoda:	<input type="checkbox"/> PCT/RT-PCR	<input type="checkbox"/> Imunofluorescentni test (DFA)	
	<input type="checkbox"/> Izolacija virusa	<input type="checkbox"/> Drugo _____	
Rezultat testa:	<input type="checkbox"/> Influenca A/H1	<input type="checkbox"/> Influenca A/H1(09)	<input type="checkbox"/> Influenca A(H3) <input type="checkbox"/> Influenca B
	<input type="checkbox"/> Influenca A (netipizirano)	<input type="checkbox"/> Influenca A (nemoguće utvrditi podtip)	
	<input type="checkbox"/> Drugi podtip influence	<input type="checkbox"/> Drugi respiratorni uzročnik	
Datum testiranja: _____	Ime/ID osobe koja je uzorak uzela _____		

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - SIFILIS

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/_/_/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/_/_/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

KLINIČKI PODATCI

Datum oboljenja: /_/_/_/_/	Datum javljanja liječniku: /_/_/_/_/
Hospitalizacija: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Datum hospitalizacije /_/_/_/_/	Trajanje hospitalizacije: /_/_/_/
Ishod bolesti: <input type="checkbox"/> ozdravio <input type="checkbox"/> umro <input type="checkbox"/> bez podatka	Ako je umro, datum: /_/_/_/_/

Primarni razlog za testiranje:

- | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klinički simptomi | <input type="checkbox"/> Kontakt sa sifilisom |
| <input type="checkbox"/> Majka seropozitivna | <input type="checkbox"/> Skrining u trudnoći |
| <input type="checkbox"/> Skrining | <input type="checkbox"/> Drugo: _____ |

Je li osoba imala simptome u zadnja 24 mjeseca?

- | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Genitalne ulceracije | <input type="checkbox"/> Ulceracije u ustima |
| <input type="checkbox"/> Neurološki simptomi | <input type="checkbox"/> Limfadenopatiju |
| <input type="checkbox"/> Osip | <input type="checkbox"/> Bez simptoma |
| <input type="checkbox"/> Drugo: _____ | |

Je li osoba bila trudna u vrijeme dijagnoze? da ne nepoznato

Ako da, koji trimestar? _____

Faktori rizika

HIV serostatus u vrijeme dijagnoze: negativan pozitivan nepoznato

Je li korištena pre-ekspozicijska profilaksa za HIV? da ne nepoznato

Datum dijagnoze HIV-a? /_/_/_/_/

U slučaju HIV-a jeli korištena retroviralna terapija u vrijeme dijagnoze? da ne nepoznato

Druge bolesti u vrijeme dijagnoze sifilisa?

- | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klamidija | <input type="checkbox"/> Genitalne bradavice |
| <input type="checkbox"/> Gonoreja | <input type="checkbox"/> Genitalni herpes |
| <input type="checkbox"/> Trihomonas | <input type="checkbox"/> Mikoplazma genitalija |
| <input type="checkbox"/> Limfogranulom | <input type="checkbox"/> Drugo: _____ |

Seksualno ponašanje u posljednjih 12 mjeseci:

- | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Samo partneri suprotnog spola | <input type="checkbox"/> Samo partneri istog spola |
| <input type="checkbox"/> Partneri oba spola | <input type="checkbox"/> Nepoznato |

Broj partnera u posljednjih 12 mjeseci? _____

Je li osoba seksualni radnik? da ne nepoznato

Od koga se osoba vjerojatno zarazila?

- Usputnog partnera
 Klijenta
 Nepoznato

- Stalnog partnera
 Seksualnog radnika

Seksualni partner su bile:

- Samo osobe istog spola
 Oba spola

- Samo osobe suprotnog spola
 Nepoznato

LABORATORIJSKI PODATCI

Ne – TP testovi

RPR test Datum testa: /_/_/_/_/_/

Serokonverzija u zadnje 2 godine: da ne

Najviši titar prije liječenja: ____

nepoznato

VDRL test Datum testa: /_/_/_/_/_/

Serokonverzija u zadnje 2 godine: da ne

Najviši titar prije liječenja: ____

nepoznato

TP testovi

EIA test Datum testa: /_/_/_/_/_/

Serokonverzija u zadnje 2 godine: da ne

reaktivan

nereaktivan

nepoznato

Igm-EIA test Datum testa: /_/_/_/_/_/

Serokonverzija u zadnje 2 godine: da ne

reaktivan

nereaktivan

nepoznato

TPPA test Datum testa: /_/_/_/_/_/

Serokonverzija u zadnje 2 godine: da ne

reaktivan

nereaktivan

nepoznato

TPHA test Datum testa: /_/_/_/_/_/

Serokonverzija u zadnje 2 godine: da ne

reaktivan

nereaktivan

nepoznato

Drugi testovi

NAAT test Datum testa: /_/_/_/_/_/

Mjesto uzorka: _____

DFA test Datum testa: /_/_/_/_/_/

Mjesto uzorka: _____

Prijašnji test na sifilis? da ne nepoznato

Ako da, datum posljednjeg negativnog testa: /_/_/_/_/_/

Anketu uradio _____ Datum anketiranja: /_/_/_/_/_/

Zdravstvena ustanova _____ Telefon _____

Adresa _____

Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ: /_/_/_/_/_/

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - TETANUS

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	Telefon _____

KLINIČKI PODATCI

Datum uboda, povrede /_/_/___/	Datum se odnosi na: <input type="checkbox"/> dan uboda <input type="checkbox"/> laboratorijske dg.	<input type="checkbox"/> prijavljivanja <input type="checkbox"/> drugo	Povreda izvan zemlje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Ako da, gdje: _____
Klasifikacija slučaja: <input type="checkbox"/> potvrđen <input type="checkbox"/> vjerojatan <input type="checkbox"/> sumnjiv <input type="checkbox"/> nije primjenjivo			
Povijest-profesionalna	Medicinski podatci		
Datum povrede: /_/_/___/ Zanimanje: _____	Rana postoji: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	Datum povrede: /_/_/___/	Mjesto povrede: <input type="checkbox"/> glava <input type="checkbox"/> trup <input type="checkbox"/> ruka <input type="checkbox"/> noga
Profesionalno u vojsci: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	Koliko god. ste u vojsci? /_/ g.	Rana zbog posla? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	Povreda zadobivena? <input type="checkbox"/> u prirodi <input type="checkbox"/> autu <input type="checkbox"/> kući <input type="checkbox"/> farmi <input type="checkbox"/> nepoznato <input type="checkbox"/> drugo: _____
Način i okolnosti kako je došlo do povrede? <input type="checkbox"/> ubod <input type="checkbox"/> opeklina <input type="checkbox"/> ubod insekta <input type="checkbox"/> laceracija <input type="checkbox"/> smrztina <input type="checkbox"/> desni <input type="checkbox"/> lom <input type="checkbox"/> otvoreni lom <input type="checkbox"/> nekroza <input type="checkbox"/> abrazija <input type="checkbox"/> propalo tkivo <input type="checkbox"/> nepoznato <input type="checkbox"/> kila <input type="checkbox"/> ugriz životinje			Kontaminacija rane <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato
Dubina rane: <input type="checkbox"/> 1 cm <input type="checkbox"/> > 1 cm <input type="checkbox"/> nepoznato	Znaci infekcije: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	Prisutna ishemija: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Cijepljenje tetanusom (povijest): (bez doza zbog ozljede) <input type="checkbox"/> nikad <input type="checkbox"/> 1 doza <input type="checkbox"/> 2 doze <input type="checkbox"/> 3 doze <input type="checkbox"/> 4 doze <input type="checkbox"/> nepoznato Godina zadnje doze: /_/_/___/			

MEDICINSKE INTERVENCIJE

Tražena prva pomoć? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato	Administrirano tetanus cjepivo? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato	Ako da, koliko nakon povrede? <input type="checkbox"/> <6h <input type="checkbox"/> 10-14 dana <input type="checkbox"/> 7-23h <input type="checkbox"/> 15+ dana <input type="checkbox"/> 1-4 dana <input type="checkbox"/> nepoznato <input type="checkbox"/> 4-10 dana
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Obrada rane? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> np	Ako da, koliko nakon povrede? <input type="checkbox"/> <6h <input type="checkbox"/> 7-23h <input type="checkbox"/> 1-4 dana <input type="checkbox"/> 4-10 dana <input type="checkbox"/> 10-14 dana <input type="checkbox"/> 15+ dana <input type="checkbox"/> nepoznato	TIG <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> np	Ako da, kada? <input type="checkbox"/> <6h <input type="checkbox"/> 7-23h <input type="checkbox"/> 1-4 dana <input type="checkbox"/> 4-10 dana <input type="checkbox"/> 10-14 dana <input type="checkbox"/> 15+ dana <input type="checkbox"/> nepoznato
Komplikacije rane: <input type="checkbox"/> apces <input type="checkbox"/> ulkus <input type="checkbox"/> gangrena <input type="checkbox"/> bula <input type="checkbox"/> celulitis	Opisati ranu: <input type="checkbox"/> dr. infekcija _____ <input type="checkbox"/> gingivitis _____ <input type="checkbox"/> nema _____ <input type="checkbox"/> nepoznato _____	Dijabetes: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	Ako da, prima li inzulin? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato Druge lijekove parenteralno? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato
Tip tetanus bolesti: <input type="checkbox"/> generaliziran <input type="checkbox"/> lokaliziran <input type="checkbox"/> nepoznato	Nakon početka simptoma data th: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> np	Koliko nakon početka bolesti? <input type="checkbox"/> <6h <input type="checkbox"/> 7-23h <input type="checkbox"/> 1-4 dana <input type="checkbox"/> 4-10 dana <input type="checkbox"/> 10-14 dana <input type="checkbox"/> 15+ dana <input type="checkbox"/> nepoznato	Broj doza /____/
Datum hospitalizacije: /___/___/___/	Broj dana provedenih na JIL-u /___/	Dani na mehaničkoj ventilaciji /___/	Ishod bolesti: <input type="checkbox"/> ozdravio <input type="checkbox"/> oporavlja se <input type="checkbox"/> umro Ako je umro, datum: /___/___/___/
NEONATALNI TETANUS			
Dob i datum rođenja majke /___/___/___/	Povijest cjepljenja majke TT: <input type="checkbox"/> nikad <input type="checkbox"/> 1 doza <input type="checkbox"/> 2 doze <input type="checkbox"/> 3 doze <input type="checkbox"/> 4 doze <input type="checkbox"/> nepoznato	Godina zadnje doze (majke): /___/___/___/	
Zemlja rođenja: _____ Zemlja boravka: _____			
Dijete se rodilo u: <input type="checkbox"/> bolnici <input type="checkbox"/> kući <input type="checkbox"/> drugo: _____ <input type="checkbox"/> nepoznato	Porod je obavljen u prisustvu: <input type="checkbox"/> doktora <input type="checkbox"/> medicinske sestre <input type="checkbox"/> priučene osobe <input type="checkbox"/> nestručne osobe <input type="checkbox"/> drugo: _____ <input type="checkbox"/> nepoznato	Napomena: _____ _____ _____	
Anketu uradio _____	Datum anketiranja: /___/___/___/	Zdravstvena ustanova _____	Telefon _____
Adresa _____	Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ: /___/___/___/		

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - VIRUSNA HEMORAGIJSKA GROZNICA

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/_/_/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/_/_/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

KLINIČKI PODATCI

Datum početka simptoma: /_/_/_/_/	Datum dijagnoze: /_/_/_/_/
Vrsta VHG koja se prijavljuje: <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> Marburg <input type="checkbox"/> Lassa <input type="checkbox"/> Crimean-Congo HG <input type="checkbox"/> Lujo <input type="checkbox"/> Arenavirusi novog svijeta (Guanarito, Machupo, Junin, Sabia virusi) <input type="checkbox"/> drugo: _____	

Simptomi bolesti

Da Ne NP

- temperatura (najviša _____)
 glavobolja
 bol u mišićima
 eritemetozni makulopapulozni osip na trupu
 umor
 slabost
 grlobolja
 mučnina ili povraćanje
 proljev
 bol u trbuhu
 bradikardija

drugo: _____

Pacijent je hospitaliziran zbog ove bolesti

Ako jest, ime bolnice: _____

Datum hospitalizacije: /_/_/_/_/

Pacijent je umro zbog ove bolesti

Ako jest, datum smrti: /_/_/_/_/

Da Ne NP

- tahipneja
 konjuktivitis
 faringitis
 krvarenje neuzrokovano ozljedom
 bol u prsima
 hemoragični ili purpurni osip
 epistaksa
 hematemeza
 hemoptiza
 melena

LABORATORIJSKI NALAZI

Da Ne NP

- proteinurija
 trombocitopenija
 izolacija virusa iz stanične kulture iz krvi ili tkiva
 detekcija VHF specifičnog genetskog slijeda pomoću PCR-a iz krvi ili tkiva
 detekcija VHF specifičnog genetskog slijeda imunohistokemijom
 detekcija VHF IgM ili IgG u krvi ELISA-om

EPIDEMIOLOŠKA ANAMNEZA

Da Ne NP

Jeli pacijent putovao van zemlje unutar **3 tjedna** od početka simptoma?

Ako jest, gdje: _____

Jeli imao kontakt s krvlju ili tjelesnim tekućinama potvrđenog akutnog slučaja unutar **3 tjedna** od početka simptoma?

Datum zadnjeg kontakta: /_/_/_/_/

Vrsta ekspozicije: krv respiratorni sekret sjemena tekućina drugo _____

Jeli imao kontakt s krvlju ili tjelesnim tekućinama potvrđenog rekoalescentnog slučaja unutar **10 tjedna** od početka simptoma?

Datum zadnjeg kontakta: /_/_/_/_/

Vrsta ekspozicije: krv respiratorni sekret sjemena tekućina drugo _____

Moguće profesionalno izlaganje:

laboratorijski radnik koji rukuje VHF uzorcima

laboratorijski radnik koji rukuje šišmišima, glodavcima ili primatima iz endemskih područja

drugo _____

Primatelj transfuzije unutar 30 dana od početka simptoma?

Primatelj organa unutar 30 dana od početka simptoma?

Darivatelj krvi, organa ili tkiva unutar 30 dana od početka simptoma?

Pacijent je dio epidemije?

Anketu uradio _____ Datum anketiranja: /_/_/_/_/

Zdravstvena ustanova _____ Telefon _____

Adresa _____

Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ: /_/_/_/_/

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - VIRUSNI HEPATITISI

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/___/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____ Grad _____	

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/___/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

Razlog za testiranje (zaokružiti sve na što se odnosi)

<input type="checkbox"/> skrining asimptomatskog pacijenta s rizičnim faktorima	<input type="checkbox"/> simptomi akutnog hepatitisa
<input type="checkbox"/> skrining asimptomatskog pacijenta bez rizičnih faktora	<input type="checkbox"/> povišeni jetreni enzimi
<input type="checkbox"/> prenatalni skrining	<input type="checkbox"/> donator krvi/organa
<input type="checkbox"/> prethodno povišeni markeri hepatitisa	

KLINIČKI PODATCI

Datum dijagnoze: /_/_/___/	
Da Ne	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Je li pacijent simptomatski? Ako jest, datum početka simptoma: /_/_/___/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Je li pacijent hospitaliziran? Ako jest, naziv ustanove: _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Je li pacijent umro od hepatitisa? Ako jest, datum smrti: /_/_/___/

DIJAGNOSTIČKI TESTOVI

<p>poz neg np</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ukupni anti-HAV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anti-HDV	<p>poz neg np</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HBs-Ag <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hbe-Ag <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HBV-DNA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anti-HEV	<p>poz neg np</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HCV-RNA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HCV-core <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anti-HCV Datum analize: /_/_/___/
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ako pacijent ima dijagnozu Hepatitisa A koja nije serološki potvrđena, postoji li epidemiološka veza između ovog pacijenta i laboratorijski potvrđenog slučaja? DA NE

Razina jetrenih enzima za vrijeme dijagnoze:	
ALT: _____	
AST: _____	Datum testa: /_/_/___/

DIJAGNOZA (zaokružiti sve na što se odnosi)

<input type="checkbox"/> Akutni hepatitis A <input type="checkbox"/> Akutni hepatitis B <input type="checkbox"/> Akutni hepatitis C <input type="checkbox"/> Akutni hepatitis E	<input type="checkbox"/> Kronična infekcija HBV <input type="checkbox"/> Infekcija HBC (kronična ili izliječena) <input type="checkbox"/> Akutni non-ABCD hepatitis	<input type="checkbox"/> Perinatalna HBV infekcija <input type="checkbox"/> Hepatitis Delta
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

EPIDEMIOLOŠKA ANAMNEZA – Hepatitis A

Tijekom 2-6 tjedana prije početka simptoma:	Da Ne NP
Je li pacijent bio u kontaktu s osobom koja ima potvrđenu ili suspektu infekciju hepatitisom A?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ako je odgovor *Da*, je li kontakt:

- član kućanstva
- partner
- u školi
- na radnom mjestu
- drugo _____

Je li pacijent bio:

- dijete ili zaposlenik dnevnog boravka ili vrtića? **Da Ne NP**
- dio kućanstva djeteta ili zaposlenika dnevnog boravka ili vrtića?

Ako je odgovor *Da* na ijedno od ova dva pitanja, navedite naziv ustanove za čuvanje djece: _____

Koliko je seksualnih partnera pacijent imao? 0 1 2-5 >5 NP

Tijekom 2-6 tjedana prije početka simptoma:

Je li pacijent koristio intravensku drogu?

Je li koristio druge vrste droga ili opijata?

Je li putovao izvan države?

- Ako jest, gdje _____

Tijekom 3 mjeseca prije početka simptoma:

Je li itko iz pacijentovog domaćinstva putovao van zemlje?

- Ako jest, gdje _____

Sumnja li se da je pacijent dio poznate epidemije?

Ako jest, jeli epidemija uzrokovana:

- hranom
- vodom
- uzrok nije identificiran

Je li pacijent bio zaposlen na mjestu gdje se rukovodi hranom **dva tjedna** prije početka simptoma ili za vrijeme bolesti?

CJEPNI STATUS

Je li pacijent cjepljen protiv hepatitisa A? DA NE nepoznato

- Ako jest, s koliko doza _____ Datum posljednje: /_/_/_/_/_/

Je li pacijent ikad primio imunoglobulin? Ako jest, datum posljednje doze: /_/_/_/_/_/

EPIDEMIOLOŠKA ANAMNEZA – Hepatitis B

<p>Tijekom 6 tjedana-6 mjeseci prije početka simptoma jeli pacijent bio u kontaktu s osobom koja ima potvrđenu ili suspektnu infekciju hepatitisom B? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP</p> <p>Ako da, koja vrsta kontakta: Da Ne NP</p> <ul style="list-style-type: none"> • član kućanstva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Partner <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • drugo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<p>Broj seksualnih partnera 6 mjeseci prije početka simptoma: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/></p> <p>Jeli pacijent ikad liječen od spolno- Da Ne NP prenosive bolesti? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ako jest, koje godine: /_/_/_/_/ <p>Tijekom 6 tjedana-6 mjeseci prije početka simptoma jeli pacijent:</p> <ul style="list-style-type: none"> • koristio intravensku drogu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • koristio druge vrste droge ili opijata <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Tijekom 6 tjedana-6 mjeseci prije početka simptoma jeli pacijent: Da Ne NP</p> <ul style="list-style-type: none"> Bio na hemodijalizi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Imao slučajan ubod igle ili drugog objekta zaraženog krvlju <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Primio krv/krvne pripravke <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Primio infuziju i/ili iv. lijek <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bio izložen tuđoj krvi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Opiši _____</p> <p>Tijekom 6 tjedana-6 mjeseci prije početka simptoma jeli pacijent: Da Ne NP</p> <ul style="list-style-type: none"> bio zaposlen u zdravstvenoj ustanovi na poslu koji uključuje izravni kontakt s krvlju Ako jest, učestalost kontakta: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> čest <input type="checkbox"/> rijedak <input type="checkbox"/> bio zaposlen u javnoj službi (policajac, vatrogasac) koja uključuje izravni kontakt s krvlju <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ako jest, učestalost kontakta: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> čest <input type="checkbox"/> rijedak <input type="checkbox"/> stavlja tetovažu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<p>Tijekom 6 tjedana-6 mjeseci prije početka simptoma jeli pacijent: Da Ne NP</p> <ul style="list-style-type: none"> Ima probušen i jedan dio tijela osim ušiju <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Imao stomatološki zahvat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Imao operacijski zahvat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bio hospitaliziran <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bio korisnik ustanove za zbrinjavanje starih i nemoćnih <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bio pritvoren duže od 24h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Tijekom svog života jeli pacijent ikada bio u zatvoru duže od 6 mjeseci? Ako jest, posljednja godina: /_____/</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Je li pacijent cijepljen protiv hepatitisa B? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> Ako jest, s koliko doza /_____/ Datum posljednje doze: /_____/</p> </div> <p>Jeli pacijentu rađen nalaz protutijela na HBsAg (anti-Hbs) unutar 1-2 mjeseca od posljednje doze? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Ako jesu, jeli količina u serumu ≥ 10 mIU/mL Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> </p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Perinatalna infekcija virusom hepatitisa B

<p>Jeli majka potvrđeno HBsAg pozitivna prije ili za vrijeme poroda? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Ako ne, jeli potvrđeno HBsAg pozitivna nakon poroda? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> <p>Datum HBsAg pozitivnog nalaza: /_____/</p> <p>Koliko je doza vakcine za hepatitis B dijete primilo: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Doza 1 : /_____/ Doza 2 : /_____/ Doza 3 : /_____/ <p>Jeli dijete primilo hepatitis B imunoglobulin? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/></p> <p>Ako je odgovor da, kada: /_____/</p>

EPIDEMIOLOŠKA ANAMNEZA – Akutni hepatitis C

<p>Tijekom 6 tjedana-6 mjeseci prije početka simptoma jeli pacijent bio u kontaktu s osobom koja ima potvrđenu ili suspektanu infekciju hepatitisom C? DA NE NP</p> <p>Ako da, koja vrsta kontakta: Da Ne NP</p> <ul style="list-style-type: none"> član kućanstva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> drugo _____ 	<p>Broj seksualnih partnera 6 mj. prije početka simptoma: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/></p> <p>Jeli pacijent ikad liječen od spolno- Da Ne NP prenosive bolesti? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Ako jest, koje godine: /_____/ <p>Tijekom 6 tjedana-6 mjeseci prije početka simptoma jeli pacijent</p> <ul style="list-style-type: none"> koristio intravensku drogu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> koristio druge vrste droge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ili opijata <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Tijekom 6 tjedana-6 mjeseci prije početka simptoma jeli pacijent: Da Ne NP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bio na hemodijalizi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Imao slučajan ubod igle ili drugog objekta zaraženog krvlju <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Primio krv/krvne pripravke <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Primio infuziju i/ili iv. lijek <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Bio izložen tuđoj krvi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Opiši _____</p> <p>Tijekom 6 tjedana-6 mjeseci prije početka simptoma jeli pacijent: Da Ne NP</p> <ul style="list-style-type: none"> • bio zaposlen u zdravstvenoj ustanovi na poslu koji uključuje izravni kontakt s krvlju Ako jest, učestalost kontakta: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> čest <input type="checkbox"/> rijedak <input type="checkbox"/> • bio zaposlen u javnoj službi (policajac, vatrogasac) koja uključuje izravni kontakt s krvlju <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ako jest, učestalost kontakta: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> čest <input type="checkbox"/> rijedak <input type="checkbox"/> • stavljao tetovažu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<p>Tijekom 6 tjedana-6 mjeseci prije početka simptoma jeli pacijent: Da Ne NP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ima probušen ijedan dio tijela osim ušiju <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Imao stomatološki zahvat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Imao operacijski zahvat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Bio hospitaliziran <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Bio korisnik ustanove za zbrinjavanje starih i nemoćnih <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Bio pritvoren duže od 24h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Tijekom svog života jeli pacijent ikada bio u zatvoru duže od 6 mjeseci? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ako jest, posljednja godina: /_____/</p>
<p>Anketu uradio _____ Datum anketiranja: /__/__/____/</p> <p>Zdravstvena ustanova _____ Telefon _____</p> <p>Adresa _____</p> <p>Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ: /__/__/____/</p>	

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA – ZAUŠNJACI

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/_/_/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/_/_/_/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	Telefon _____

KLINIČKI PODATCI

Datum pojave prvih simptoma: /_/_/_/_/_/	
Hospitaliziran: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> np	Ako da, datum hospitalizacije: /_/_/_/_/_/
Je li pacijent umro? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	Ako da, datum: /_/_/_/_/_/
Boravak u drugom gradu/zemlji: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> np	Ako da, navesti gdje: _____
Slučaj: <input type="checkbox"/> potvrđen <input type="checkbox"/> moguć <input type="checkbox"/> vjerojatan <input type="checkbox"/> nepoznato	

Simptomi	Komplikacije
Otok parotidne žlijezde:	<input type="checkbox"/> meningitis
➤ <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	<input type="checkbox"/> encefalitis
➤ <input type="checkbox"/> unilateralno <input type="checkbox"/> bilateralno	<input type="checkbox"/> orhitis
Bol vilice: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	<input type="checkbox"/> gluhoća
Otok pljuvačnih žlijezda: početak /_/_/_/_/_/	<input type="checkbox"/> drugo: _____
➤ Submandibularni: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
➤ Subligvalni: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	

LABORATORIJSKI PODATCI

Je li izvršeno laboratorijsko testiranje? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Datum uzimanja uzorka za serologiju	Rezultat:
IgG /_/_/_/_/_/	1 - Značajan porast IgG
Rezultat (upisati broj): <input type="checkbox"/>	2 - Neodređen
Korišteni test? _____	3 - Nema značajnog porasta IgG
	4 - Na čekanju
	5 - Nije izvršeno
	6 - Nepoznato
IgM (1) /_/_/_/_/_/	
Rezultat (upisati broj): <input type="checkbox"/>	
IgM (2) /_/_/_/_/_/	
Rezultat (upisati broj): <input type="checkbox"/>	
Drugi laboratorijski rezultati:	
PCR /_/_/_/_/_/	
Rezultat (upisati broj): <input type="checkbox"/>	
Kulture /_/_/_/_/_/	
Rezultat (upisati broj): <input type="checkbox"/>	

EPIDEMIOLOŠKI PODATCI

Datum početka istraživanja: /__/__/____/	
Slučaj epidemiološki povezan? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Ako da, navesti: _____	
Moguće mjesto prijenosa:	
<input type="checkbox"/> Vrtić	<input type="checkbox"/> Radno mjesto
<input type="checkbox"/> Škola	<input type="checkbox"/> Fakultet
<input type="checkbox"/> Doktorska ordinacija	<input type="checkbox"/> Vojska
<input type="checkbox"/> Bolnički odjel	<input type="checkbox"/> Popravne ustanove
<input type="checkbox"/> Dom zdravlja	<input type="checkbox"/> Međunarona putovanja
<input type="checkbox"/> Domaćinstvo	<input type="checkbox"/> Drugo: _____
Je li osoba cijepljena (cjepivom koje sadrži parotitis)? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato	
Ako da, broj doza: /_____/	Datum posljednjeg cijepljenja: /__/__/____/
Anketu uradio _____	Datum anketiranja: /__/__/____/
Zdravstvena ustanova _____	Telefon _____
Adresa _____	
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ: /__/__/____/	

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - ŽUTA GROZNICA

Datum prijavljivanja (dd/mm/gggg) /_/_/_/_/	Broj prijave _____
Ime liječnika _____	Kontakt telefon _____
Zdravstvena ustanova, mjesto _____	
Prijava dostavljena _____	Grad _____

OPĆI PODATCI

Ime _____	Prezime _____	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Datum rođenja: /_/_/_/_/	JMBG _____	
Adresa _____	Općina/Grad _____	
Zanimanje _____	Mjesto rada _____	
Kontakt telefon _____		

KLINIČKI PODATCI

Datum početka simptoma: /_/_/_/_/	Datum dijagnoze: /_/_/_/_/
Da Ne NP	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pacijent je hospitaliziran zbog ove bolesti	
Ako jest, ime bolnice: _____	
Datum hospitalizacije: /_/_/_/_/	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pacijent je umro zbog ove bolesti	
Ako jest, datum smrti: /_/_/_/_/	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pacijent je imunokompromitiran?	
Ako jest: <input type="checkbox"/> karcinom <input type="checkbox"/> dijabetes <input type="checkbox"/> lijekovi <input type="checkbox"/> drugo _____	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Boluje li pacijent od neke osnovne bolesti?	
Opisati: _____	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Primio transfuziju ili transplantaciju unutar 30 dana od početka simptoma?	

SIMPTOMI BOLESTI

Da Ne NP	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	temperatura (max. _____)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zimica/tresavica
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	glavobolja
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mialgija
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	opća slabost
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mučnina/povraćanje
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	svjetla stolica, taman urin
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	žutica
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	gastrointestinalno krvarenje
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	krv u urinu
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	epistaksa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	krvarenje iz desni
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	druga krvarenja <i>opisati:</i> _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	osip <i>opisati:</i> _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	novonastali epileptički napadaji
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zatajenje jetre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	proteinurija

zatajenje bubrega
 simptomi CNS-a opisati: _____

LABORATORIJSKI NALAZI

Da Ne NP
 albuminurija
 leukopenija
 križna reakcija s drugim flavavirusima
 izolacija virusa iz kliničkog uzorka
 nalaz nukleinske kiseline virusa žute groznice
 specifični odgovor antitijela na virus žute groznice

EPIDEMIOLOŠKA ANAMNEZA (pitati o izlaganju 3-6 dana prije početka simptoma)

Da Ne NP
 Jeli pacijent putovao van zemlje?
Ako jest, gdje: _____
 Jeli pacijent bio u kontaktu s osobu sa sličnim simptomima ili bolesti?
Vrsta kontakta: član kućanstva partner prijatelj na poslu suputnik
 drugo _____
 Jeli pacijent imao aktivnosti na otvorenom ili rekreaciju (npr. košenje travnjaka, vrtlarstvo, lov, planinarenje, kampiranje, sport, dvorišni rad)?
Ako jest, navesti koje: _____
 Jeli pacijent boravio u području gdje ima komaraca i sjeća li se uboda?
 Jeli pacijent primao krv ili krvne pripravke?
 Jeli pacijent primio organ ili tkivo?
 Jeli pacijent mogao biti izložen na poslu?
 laboratorijski radnik veterinar drugo _____

CIJEPLJENJE

Da Ne NP
 Jeli pacijent cijepljen protiv japanskog encefalitisa ili žute groznice?
Ako jest, datum: /_/_/_/_/_/ Vrsta cjepiva: _____
Anketu uradio _____ Datum anketiranja /_/_/_/_/_/
Zdravstvena ustanova _____ Telefon _____
Adresa _____
Datum slanja prijave nadležnom ZZJZ /_/_/_/_/_/

IZVORI

1. CDC. Centers for diseases control and prevention, Atlanta.
2. ECDC. European Centar for Disease Prevention and Control, Europa.
3. WHO. World Health Organization.
4. RKI. Robert Koch Institute, Germany.
5. AIHW. Austarlia Institute of Health and Welfare, Australia.