

1604

На основу члана 55. став (1) Закона о евиденцијама у области здравства ("Службене новине Федерације БиХ", број 37/12) федерални министар здравства доноси

**ПРАВИЛНИК
О ИЗМЈЕНИ И ДОПУНАМА ПРАВИЛНИКА О
ОБЛИКУ, САДРЖАЈУ И НАЧИНУ ВОЂЕЊА
ИНДИВИДУАЛНИХ ИЗВЈЕШТАЈНИХ ОБРАЗАЦА И
ДРУГИХ ПОМОЋНИХ ОБРАЗАЦА ЗА ВОЂЕЊЕ
ЕВИДЕНЦИЈА**

Члан 1.

У Правилнику о облику, садржају и начину вођења индивидуалних извјештајних образаца и других помоћних образаца за вођење евиденција ("Службене новине Федерације БиХ", број 61/18) у Прилогу 1. Образац "Обр. бр. 17-И-ПДМ – Пријава обољелог од шећерне болести" замјењује се новим образцем, који се налази у прилогу овог правилника и чини његов саставни дио.

Члан 2.

- (1) У члану 4. став (1) иза тачке х) додају се тач. и), ј) и к), које гласе:
- и) потврда о пребољевању
 - ј) потврда о вакцинацији
 - к) потврда о тестирању."
- (2) У члану 4. иза става (5) додаје се став (6) који гласи:
- "(6) Облик, садржај и начин вођења помоћних образаца из става (1) тач. и), ј) и к) овог члана налазе се у Прилогу 2. овог правилника и чине његов саставни дио."
- (3) У Прилогу 2., иза "Љекарског увјерења" додају се образци: Потврда о пребољевању, Потврда о вакцинацији и Потврда о тестирању, који се налазе у прилогу овог правилника и чине његов саставни дио.

Члан 3.

Иза члана 8. додаје се нови члан 8а. који гласи:

"Члан 8а.

Здравствене установе које су у обавези достављања индивидуалних извјештајних образаца, према роковима из члана 8. овог правилника, дужне су да уносе податке прописане за индивидуалне извјештајне образце у електронски систем Федералног завода - РегиЗ, а ради обједињавања јавноздравствених података у електронском формату."

Члан 4.

- (1) Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеним новинама Федерације БиХ".
- (2) Одредбе чл. 1. и 3. овог правилника почеће се примјењивати од 01.01.2023. године.
- (3) Одредба члана 2. овог правилника почеће се примјењивати осмог дана од дана објаве у "Службеним новинама Федерације БиХ".

Број 05-02-4824-2/22
30. августа 2022. године
Сарајево

По овлашћењу
Владе Федерације БиХ
Премијер
Фадил Новалић, с. р

На основу члана 55. став (1) Закона о евиденцијама у области здравства ("Службене новине Федерације БиХ", број 37/12), федерални министар здравства доноси

ПРАВИЛНИК

**О ИЗМЈЕНИ И ДОПУНАМА ПРАВИЛНИКА О ОБЛИКУ,
САДРЖАЈУ И НАЧИНУ ВОЂЕЊА ИНДИВИДУАЛНИХ
ИЗВЈЕШТАЈНИХ ОБРАЗАЦА И ДРУГИХ ПОМОЋНИХ
ОБРАЗАЦА ЗА ВОЂЕЊЕ ЕВИДЕНЦИЈА**

Члан 1.

У Правилнику о облику, садржају и начину вођења индивидуалних извјештајних образаца и других помоћних образаца за вођење евиденција ("Службене новине Федерације БиХ", број 61/18) у Прилогу 1. Образац "Обр. бр. 17-И-ПДМ – Пријава обољелог од шећерне болести" замјењује се новим образцем, који се налази у прилогу овог правилника и чини његов саставни дио.

Члан 2.

- (1) У члану 4. став (1) иза тачке h) додају се тач. и), ј) и к), које гласе:
- и) потврда о пребољевању
 - ј) потврда о вакцинацији
 - к) потврда о тестирању."
- (2) У члану 4. иза става (5) додаје се став (6) који гласи:
- "(6) Облик, садржај и начин вођења помоћних образаца из става (1) тач. и), ј) и к) овог члана налазе се у Прилогу 2. овог правилника и чине његов саставни дио."
- (3) У Прилогу 2., иза "Љекарског увјерења" додају се образци: Потврда о пребољевању, Потврда о вакцинацији и Потврда о тестирању, који се налазе у прилогу овог правилника и чине његов саставни дио.

Члан 3.

Иза члана 8. додаје се нови члан 8а. који гласи:

"Члан 8а.

Здравствене установе које су у обавези достављања индивидуалних извјештајних образаца, према роковима из члана 8. овог правилника, дужне су да уносе податке прописане за индивидуалне извјештајне образце у електронски систем Федералног завода - РегиЗ, а ради обједињавања јавноздравствених података у електронском формату."

Члан 4.

- (1) Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеним новинама Федерације БиХ".
- (2) Одредбе чл. 1. и 3. овог правилника почет ће се примјењивати од 01.01.2023. године.
- (3) Одредба члана 2. овог правилника почет ће се примјењивати осмог дана од дана објаве у "Службеним новинама Федерације БиХ".

Број 05-02-4824-2/22
30. августа 2022. године
Сарајево

По овлашћењу
Владе Федерације БиХ
Премијер
Фадил Новалић, с. р.

**ПРИЛОЗИ
ПРИЛОГ 1:**

- Образац "Обр. бр. 17-И-ПДМ – Пријава обољелог од шећерне болести"

ПРИЛОГ 2:

- Потврда о пребољевању
- Потврда о вакцинацији
- Потврда о тестирању

На temelju članka 55. stavak (1) Zakona о евиденцијама у области здравства ("Службене новине Федерације БиХ", број 37/12), федерални министар здравства доноси

**PRAVILNIK
O IZMJENI I DOPUNAMA PRAVILNIKA O OBLIKU,
SADRŽAJU I NAČINU VOĐENJA INDIVIDUALNIH
IZVJEŠTAJNIH OBRAZACA I DRUGIH POMOĆNIH
OBRAZACA ZA VOĐENJE EVIDENCIJA**

Članak 1.

U Pravilniku o obliku, sadržaju i načinu vođenja individualnih izvještajnih obrazaca i drugih pomoćnih obrazaca za vođenje evidencija ("Službene novine Federacije BiH", broj 61/18) u Pravitku 1. Obrazac "Obr. br. 17-I-PDM – Prijava oboljelog od šećerne bolesti" zamjenjuje se novim obrascem, koji se nalazi u prilogu ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio.

Članak 2.

- (1) U članku 4. stavak (1) iza točke h) dodaju se toč. i), j) i k), koje glase:
 - "i) potvrda o preboljevanju
 - j) potvrda o cjepljenju
 - k) potvrda o testiranju."
- (2) U članku 4. iza stavka (5) dodaje se stavak (6) koji glasi:

"(6) Oblik, sadržaj i način vođenja pomoćnih obrazaca iz stavka (1) toč. i), j) i k) ovog članka nalaze se u Pravitku 2. ovog pravilnika i čine njegov sastavni dio."
- (3) U Pravitku 2., iza "Liječničkog uvjerenja" dodaju se obrasci: Potvrda o preboljevanju, Potvrda o cjepljenju i Potvrda o testiranju, koji se nalaze u prilogu ovog pravilnika i čine njegov sastavni dio.

Članak 3.

Iza članka 8. dodaje se novi članak 8a. koji glasi:

"Članak 8a.

Zdravstvene ustanove koje su u obvezi dostavljanja individualnih izvještajnih obrazaca, prema rokovima iz članka 8. ovog pravilnika, dužne su da unose podatke propisane za individualne izvještajne obrasce u elektronički sustav Federalnog zavoda - RegiZ, a radi objedinjavanja javnozdravstvenih podataka u elektroničkom formatu."

Članak 4.

- (1) Ovaj pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u "Službenim novinama Federacije BiH".
- (2) Odredbe čl. 1. i 3. ovog pravilnika počet će se primjenjivati od 01.01.2023. godine.
- (3) Odredba članka 2. ovog pravilnika počet će se primjenjivati osmoga dana od dana objave u "Službenim novinama Federacije BiH".

Broj 05-02-4824-2/22
30. kolovoza 2022. godine
Sarajevo

Po ovlaštenju
Vlade Federacije BiH
Premijer
Fadil Novalić, v. r.

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

Obr.br. 17-I-PDM

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

PRIJAVA OBOLJELOG OD ŠEĆERNE BOLESTI

1 Prezime /ime oca/ Ime _____

2 Matični broj _____

3 Datum rođenja _____

4 Spol _____ /dan, mjesec i godina/

1 - M; 2 - Ž

5 Adresa _____

6 Zanimanje _____

7 Dijagnoza dijabetesa prema MKB _____ /

/Šifra MKB/

8 Datum dijagnostičiranja dijabetesa _____

/dan, mjesec i godina/

Kako je postavljena dijagnoza

1. Slučajnim mjerenjem

2. OGTT

9 NAČIN LIJEČENJA

Dijeta

1 - DA; 2 - NE

Inzulin

1 - DA; 2 - NE

Inzulinska pumpa

1 - DA; 2 - NE

ORALNI ANTIDIJABETICI

1 - DA; 2 - NE

Bigvanidi

1 - DA; 2 - NE

Sulfonilurea/meglitinidi

1 - DA; 2 - NE

SGLT-2 inhibitori

1 - DA; 2 - NE

DPP-4 Inhibitori

1 - DA; 2 - NE

Tijazolindioni

1 - DA; 2 - NE

GLP-1 RA

1 - DA; 2 - NE

Ostalo _____

10 FAKTORI RIZIKA

Pozitivna porodična anamneza

1 - DA; 2 - NE

Pušač

1 - DA; 2 - NE

Fizička aktivnost

1 - DA; 2 - NE

Gojaznost

1 - DA; 2 - NE

Alkohol

1 - DA; 2 - NE

11 Izvršena osnovna edukacija o dijabetesu	1-DA; 2-NE	<input type="checkbox"/>
12 OSTALA OBOLJENJA KOJA NISU VEZANA ZA DIJABETES, PREMA MKB		
Autoimuna tiroidna bolest _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	/sifra MKB/
Celijakije _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	/sifra MKB/
Ostale bolesti prema MKB _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	/sifra MKB/
13 Oboljeli vrši samokontrolu glukoze u krvi	1-DA; 2-NE	<input type="checkbox"/>
CGM-Kontinuirano mjerenje glukoze u krvi	1-DA; 2-NE	<input type="checkbox"/>
Mjerenje trakicama	1-DA; 2-NE	<input type="checkbox"/>
14 OBAVLJENA MJERENJA U POSLJEDNJIH 12 MJESECI		
Sistolni krvni pritisak (mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Postprandijalni SUK(dva sata) <input type="text"/> , <input type="text"/>	
Dijastolni krvni pritisak (mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HbA1c (%) <input type="text"/> , <input type="text"/>	
ITM (kg/m2) <input type="text"/> , <input type="text"/>	Albumini (g/L) <input type="text"/> , <input type="text"/>	
GUK natašte (mmol/l) <input type="text"/> , <input type="text"/>	Holesterol-ukupno (mmol/l) <input type="text"/> , <input type="text"/>	
Trigliceridi (mmol/L) <input type="text"/> , <input type="text"/>	Holesterol-LDL (mmol/l) <input type="text"/> , <input type="text"/>	
Mikroalbuminurija (mmol/l) <input type="text"/> , <input type="text"/>	Holesterol-HDL (mmol/l) <input type="text"/> , <input type="text"/>	
15 HRONIČNE KOMPLIKACIJE		
Dijabetička retinopatija	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/> Nefropatija
Periferna neuropatija	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/> Ishemična srčana bolest
Periferna vaskulopatija	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/> Dijabetičko stopalo
Ishemična moždana oboljenja	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/> Dijaliza
16 AKUTNE KOMPLIKACIJE U POSLJEDNJIH 12 MJESECI		
Hipoglikemija	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>
Ketoacidoza	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>
Hiperosmolarni hiperglikemijski sindrom	1 - DA ; 2 - NE	<input type="checkbox"/>
17 ISHOD TRUDNOĆE U DIJABETESU (za žene): <input type="checkbox"/>		
1 uredan		
2 malformacija ploda		
3 spontani abortus/i		
4 mrtav plod		
5 medicinski inducirani abortus		
6 EPH gestoza		
Datum:	Potpis:	
	M.P.	

Kanton/Canton

Izdavatelj potvrde/Certificate issuer

POTVRDA O PREBOLJEVANJU

Certificate of Recovery

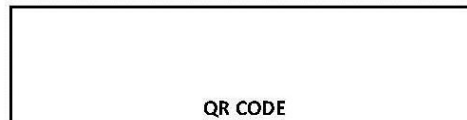
Bolest ili agens na koji se cilja/ Disease or agent targeted:		
Prezime i ime/Surname and name	Datum rođenja/Date of birth: _ _ / _ _ / _ _ _ _	Spol/Gender: M/M Ž/F _ _ _ _
Adresa/Address:	Broj zdravstvene knjižice/ Health ID:	JMBG _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Država članica ili treća zemlja u kojoj je primljena vakcina/ Member State or the third country in which the vaccine was administered		
Datum prvog pozitivnog testa NAAT nositelja/ Date of the holder's first positive NAAT test result:		_ _ / _ _ / _ _ _ _
Datum početka praćenja od strane nadležnog ljekara/ Date of start of monitoring by the competent doctor		
		_ _ / _ _ / _ _ _ _
Datum završetka praćenja od strane nadležnog ljekara/ Date of end of monitoring by the competent doctor		
		_ _ / _ _ / _ _ _ _
Potvrda vrijedi od /Certificate valid from:		
		_ _ / _ _ / _ _ _ _
Potvrda vrijedi do /Certificate valid until:		
		_ _ / _ _ / _ _ _ _
(najviše 180 dana nakon datuma prvog pozitivnog rezultata testa NAAT/not more than 180 days after the date of first positive test)		

Potpis ljekara/Signature

Kanton/Canton

Izdavatelj potvrde/Certificate issuer

POTVRDA O VAKINACIJI
Vaccination Certificate



Bolest ili agens na koji se cilja/ Disease or agent targeted :		
Prezime i ime/Surname and name	Datum rođenja/ Date of birth:	Spol/Gender
	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _	M/M Ž/F _ _ _ _
Proizvođač/Naziv vakcine <i>Covid-19 vaccine/Manufacturer</i>	Datum davanja prve doze/ <i>Date of first dose</i>	Broj serije/ <i>Serial number</i>
	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _	
Proizvođač/Naziv vakcine <i>Covid-19 vaccine/Manufacturer</i>	Datum davanja druge doze/ <i>Date of second dose</i>	Broj serije/ <i>Serial number</i>
	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _	
Proizvođač/Naziv vakcine <i>Covid-19 vaccine/Manufacturer</i>	Datum davanja treće doze/ <i>Date of third dose</i>	Broj serije/ <i>Serial number</i>
	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _	
Država članica ili treća zemlja u kojoj je primljena vakcina/ <i>Member State or the third country in which the vaccine was administered</i>		

Datum izdavanja potvrde/
Date of issue of the certificate

_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _

Kanton/Canton _____

Izdavatelj potvrde/Certificate issuer _____

POTVRDA O TESTIRANJU
Test Certificate

Bolest ili agens na koji se cilja/ Disease or agent targeted:		
Prezime i ime/Surname and name	Datum rođenja/Date of birth: _ _ / _ _ / _ _ _	Spol/Gender: M/M Ž/F _ _
Adresa/Address:	Broj zdravstvene knjižice/ Health ID:	JMBG _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Centar ili objekat za testiranje/ Testing centre or facility: (nije obavezno za brzi antigenski test/ optional for rapid antigen test)	
Datum i vrijeme uzimanja uzorka/ Date and time of the sample collection:	_ _ / _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ /
Vrsta testa/ Type of test:	
Naziv testa/ Test name: (nije obavezno za PCR test/optional for NAAT test)	
Proizvođač testa/ Test manufacturer: (nije obavezno za PCR test/ optional for NAAT test)	
Rezultat testa/ Result of the test:	

Država članica ili treća zemlja u kojoj je obavljeno testiranje/ Member State or the third country in which the test was carried out:
--

Potpis /Signature
