4) PRIM 4 Knjiga o intervencijama medicinske sestre/tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
5) S/T 1 Anamneza medicinske sestre/tehničara na sekundarnom i tercijarnom nivou
6) S/T 2 Upitnik za procjenu rizika od pada
7) S/T 3 Plan zdravstvene njege
8) S/T 4 Evidencija provođenja plana zdravstvene njege
9) S/T 5 Obrazac za prijavu dekubitusa
10) S/T 6 Obrazac za praćenje dekubitusa
11) S/T 7 Sestrinska evidencija intenzivne njege
12) S/T 8 Pregled aplikacije terapije na sekundarnom i tercijarnom nivou
13) S/T 9 Otpusno pismo zdravstvene njege na sekundarnom i tercijarnom nivou
14) Ostala dokumentacija:
    - PRIM 5 Protokol naručivanja pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
    - S/T 10 Obavijest kod izmještaja/premještaja pacijenta.".

(2) U Prilogu 1. Pravilnika "Sadržaj osnovne medicinske dokumentacije" dodaju se prilozi:
- "Sestrinska dokumentacija – PRIMARNI NIVO ZDRAVSTVENE ZAŠTITE", i
- "Sestrinska dokumentacija – SEKUNDARNI I TERCIJARNI NIVO ZDRAVSTVENE ZAŠTITE",

koji čine sastavni dio ovog pravilnika, a u kojima su sadržani obrasci iz člana 4. stav (1) tačka j) Pravilnika.".

Član 2.

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH", a počet će se primjenjivati od 01.01.2023. godine.

Po ovlašćenju
Vlade Federacije BiH
Premijer
Fadil Novalić, s. r.

Broj 05-02-4824-1/22
30. augusta 2022. godine
Sarajevo

PRILOG

- "Sestrinska dokumentacija – PRIMARNI NIVO ZDRAVSTVENE ZAŠTITE"
- "Sestrinska dokumentacija – SEKUNDARNI I TERCIJARNI NIVO ZDRAVSTVENE ZAŠTITE"

Na temelju članka 42. stavak (2) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12), federalni ministar zdravstva donosi

PRAVILNIK
O DOPUNAMA PRAVILNIKA O OBLIKU I SADRŽAJU OSNOVNE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

Članak 1.

(1) U Pravilniku o obliku i sadržaju osnovne medicinske dokumentacije ("Službene novine Federacije BiH", broj 61/18) u članku 4. stavak (1) u točki j) dodaju se podtočke od 1) do 14) koje glase:
1) "1) PRIM 1 Obrazac zdravstvene njege medicinske sestre/tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
2) PRIM 2 Plan zdravstvene njege za kronične bolesnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
3) PRIM 3 Evidencija o urađenoj intervenciji medicinske sestre/tehničara
4) PRIM 4 Knjiga o intervencijama medicinske sestre/tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
5) S/T 1 Anamneza medicinske sestre/tehničara na sekundarnoj i tercijarnoj razini
6) S/T 2 Upitnik za procjenu rizika od pada
7) S/T 3 Plan zdravstvene njege
8) S/T 4 Evidencija provođenja plana zdravstvene njege
9) S/T 5 Obrazac za prijavu dekubitusa
10) S/T 6 Obrazac za praćenje dekubitusa
11) S/T 7 Sestrinska evidencija intenzivne njege
12) S/T 8 Pregled aplikacije terapije na sekundarnoj i tercijarnoj razini
13) S/T 9 Otpusno pismo zdravstvene njege na sekundarnoj i tercijarnoj razini
14) Ostala dokumentacija:
    - PRIM 5 Protokol naručivanja pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
    - S/T 10 Obavijest kod izmještaja/premještaja pacijenta.".

(2) U Privitku 1. Pravilnika "Sadržaj osnovne medicinske dokumentacije" dodaju se privitci:
- "Sestrinska dokumentacija – PRIMARNA RAZINA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE", i
- "Sestrinska dokumentacija – SEKUNDARNA I TERCIJARNA RAZINA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE",

koji čine sastavni dio ovog pravilnika, a u kojima su sadržani obrasci iz članka 4. stavak (1) točka j) Pravilnika.".

Članak 2.

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u "Službenim novinama Federacije BiH", a počet će se primjenjivati od 01.01.2023. godine.

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

Broj 05-02-4824-1/22
30. kolovoza 2022. godine
Sarajevo

Sestrinska dokumentacija

PRIMARNI NIVO ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

R.br.	VRSTA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE
PRIM 1	OBRAZAC ZDRAVSTVENE NJEGE MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
PRIM 2	PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE ZA HRONIČNE BOLESNIKE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
PRIM 3	EVIDENCIJA O URAĐENOJ INTERVENCIJI MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA
PRIM 4	KNJIGA O INTERVENCIJAMA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
PRIM 5	PROTOKOL NARUČIVANJA PACIJENATA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

SLUŽBA _____

PRIM 1

Broj kartona: _____
(broj kartona se upisuje sa kartona porodične/obiteljske medicine)
Datum otvaranja: I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

OBRAZAC ZDRAVSTVENE NJEGE MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

LIČNI PODACI

Prezime, ime oca i ime	
Spol	1.Muško I__I 2.Žensko I__I
Datum, mjesec i godina rođenja	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Jedinstveni matični broj	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Adresa stanovanja	
Bračno stanje	
Zanimanje, šifra djelatnosti	
Kategorija zdravstvenog osiguranja	

PODACI O OBOLJENJU I PRAĆENJU ODREĐENIH PARAMETARA

Disanje		Tjelesna težina	
Puls		Tjelesna visina	
Krvni pritisak		BMI	
Temperatura		Obim struka	
PEF			
ŠUK			

Faktori rizika

Pušenje		Gojaznost	
Alkohol		Menopauza	

Fizička aktivnost

Dobra		Loša	
Umjerena		Nepokretan	

Ishrana

Raznovrsna		Izražen apetit	
Jednolična		Slab apetit	
Umjerena			

Dodatna procjena:
Pružene usluge (terapija, njega pacijenta, edukacija i sl.):

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

SLUŽBA _____

PRIM 2

Broj kartona: _____

PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE ZA HRONIČNE BOLESNIKE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Prezime, ime oca i ime _____

Jedinstveni matični broj |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Datum i vrijeme	Potrebe pacijenta (problemi)	Očekivani rezultati	Planirane intervencije	Realizovane intervencije	Evaluacija	Potpis medicinske sestre/tehničara

PRIM 3

KANTON _____
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

EVIDENCIJA O URAĐENOJ INTERVENCIJI MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA

Datum	Intervencija	Potpis medicinske sestre/tehničara
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
NAPOMENA:		

Broj kartona: _____

NALOG LIJEČNIKA ZA INTERVENCIJU MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Prezime, ime oca i ime _____

JMBG |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Dijagnoza (šifra): _____

Terapijski ili dijagnostički postupak: _____

_____

Napomena:

_____

_____

Datum : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Potpis i pečat liječnika:

_____

PRIM 4

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

SLUŽBA _____

KNJIGA O INTERVENCIJAMA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Datum	Ime i prezime pacijenta	JMBG	Broj zdravstvenog kartona	Intervencija medicinske sestre/tehničara	Napomena:	Potpis medicinske sestre/tehničara
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				
__|__|____		_____				

PRIM 5

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

SLUŽBA _____

Datum : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Liječnik: _____

PROTOKOL NARUČIVANJA PACIJENATA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Datum poziva	Ime i prezime	Broj kartona	Broj telefona	Termini	Razlog posjete								Napomena		Potpis medicinske sestre/tehničara
					PP	AB	PHB	K	PUR	IPK	KP	H	OTK	-	

Ukupno zakazanih		
Došlo zakazanih		
Došlo nezakazanih		
Otkazani	Sami	
	Tim	

PP-prvi pregled (otvaranje kartona), 30min.

AB-akutna bolest,10min.

PHB-pogoršanje hroničnog stanja,pacijent sa otpusnicom iz bolnice,20min.

K-kontrolni pregled,10min.

PLR-pisanje uputnica,recepata,10min.

IPK-obrada za invalidsko penzionu komisiju,40-60min.

KP-kućna posjeta,60min.

H-hitro,20min.

N-nezakazani(upisati oznaku u razlog posjete umjesto kvačice)

OTK-otkazan-nije došao

Sestrinska dokumentacija

SEKUNDARNI I TERCIJARNI NIVO ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

R.br.	*VRSTA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE*
S/T 1	ANAMNEZA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA NA SEKUNDARNOM I TERCIJARNOM NIVOU
S/T 2	UPITNIK ZA PROCJENU RIZIKA OD PADA
S/T 3	PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE
S/T 4	EVIDENCIJA PROVOĐENJA PLANA ZDRAVSTVENE NJEGE
S/T 5	OBRAZAC ZA PRIJAVU DEKUBITUSA
S/T 6	OBRAZAC ZA PRAĆENJE DEKUBITUSA
S/T 7	SESTRINSKA EVIDENCIJA INTENZIVNE NJEGE
S/T 8	PREGLED APLIKACIJE TERAPIJE NA SEKUNDARNOM I TERCIJARNOM NIVOU
S/T 9	OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE NA SEKUNDARNOM I TERCIJARNOM NIVOU
S/T 10	OBAVIJEST KOD IZMJEŠTAJA/PREMJEŠTAJA PACIJENTA

KANTON _____ **S/T 1**
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

ANAMNEZA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA NA SEKUNDARNOM I TERCIJARNOM NIVOU

OPŠTI PODACI

Prezime, ime oca i ime _____
Matični broj |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Broj istorije bolesti _____
Datum i vrijeme prijema |__|__| |__|__| |__|__|__|__| u _____ h. _____min.
Datum i vrijeme otpusta |__|__| |__|__| |__|__|__|__| u _____ h. _____min.

ZAPAŽANJA PRI PRIJEMU

Stanje svijesti	1.svjestan	2. nije svjestan		
Uz pacijenta ostaje	1-roditelj	2-staratelj	3-drugo	_____
Upoznat sa svojoj bolešću	1-DA	2-NE	3-djelimično	
Sa sobom donosi lijekove	1-DA	2-NE		
Sa sobom donosi pomagala	1-naočale 5-ostala pomagala	2-leće	3-slušni aparat	4-zubna proteza G D _____
Pacijenta oslovljavati sa	1-gosp.	2-g-đa/ica	3-imenom 4-drugo	_____
Urađena sanitarna obrada	1-DA	2-NE	3-primjedba	_____
Vidljive promjene na koži	1-DA	2-NE	3-primjedba	_____
Pokretljivost pacijenta	1-DA	2-NE	3-primjedba	_____
Potrebna pomagala	1-štake	2-kolica	3-drugo	_____
Pacijentu dato na upotrebu	1-pidžama	2-papuče	3-štake 4-drugo	_____
Potrebna komunikacija sa socijalnim radnikom ustanove	1-DA	2-NE	3-drugo	_____
Alergije	1-DA na lijekove I__I na ostalo I__I	2-NE		

POSEBNE POTREBE PACIJENTA
PRIMJEDBA

Napomena: Obrazac se popunjava kod prijema na hospitalizaciju

Ime i prezime medicinske sestre/tehničara ***Potpis*** _____

_____

KANTON _____ **S/T 2**
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

UPITNIK ZA PROCJENU RIZIKA OD PADA

Ime i prezime pacijenta/zakonskog zastupnika/staratelja

_____

Potpis _____

Jeste li pali nedavno	1-DA I__I	2-NE I__I
Imate li više od 65 godina	1-DA I__I	2-NE I__I
Navesti broj godina	_____	
Uzimate li više od tri vrste lijekova	1-DA I__I	2-NE I__I
Da li se otežano krećete	1-DA I__I	2-NE I__I
Imate li problema sa vidom	1-DA I__I	2-NE I__I

Ime i prezime medicinske sestre/tehničara

_____

Potpis _____

Datum I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Bilo koji odgovor sa DA potvrđuje da postoji rizik za pad.

S/T 3

KANTON _____
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE

Prezime, ime oca i ime _____ Godina rođenja _____
Broj historije bolesti

Datum i vrijeme	Utvrđivanje potreba	Ciljevi zdravstvene njege	Planiranje zdravstvene njege	Plan izradio- Prezime i ime/potpis	Evaluacija ciljeva
I__I__I I__I__I I__I__I__I__I					
I__I__I I__I__I I__I__I__I__I					
I__I__I I__I__I I__I__I__I__I					
I__I__I I__I__I I__I__I__I__I					
I__I__I I__I__I I__I__I__I__I					
I__I__I I__I__I I__I__I__I__I					
PRIMJEDBE					

Ime i prezime medicinske sestre/tehničara ***Potpis*** _____

_____

S/T 4

KANTON _____
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

Prezime, ime oca i ime _____ Godina rođenja _____ _____
Broj historije bolesti _____

EVIDENCIJA PROVOĐENJA PLANA ZDRAVSTVENE NJEGE

Datum i vrijeme	Vrsta zdravstvene njege	Prezime i ime/ potpis medicinske sestre/tehničara
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		

ZAPAŽANJA I INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA

Datum i vrijeme	Vrsta zapažanja i intervencija medicinske sestre/tehničara	Prezime i ime/ potpis medicinske sestre/tehničara
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		
|__|__| |__|__| |__|__|__|__|		

KANTON _____ **S/T 5**
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

OBRAZAC ZA PRIJAVU DEKUBITUSA

Prezime, ime oca i ime _____

Broj historije bolesti _____

Datum prijema |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Da li je pacijent hospitaliziran sa dekubitusom 1-DA 2-NE

od kuće |__|
iz bolnice/zavoda |__|
iz socijalne ustanove |__|
iz banje |__|
sa klinike/odjela |__|

Datum nastanka dekubitusa u bolnici |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Datum prijave |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Ime i prezime glavne-odgovorne medicinske sestre/tehničara _____

Potpis _____

S/T 6

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

SLUŽBA _____

Datum |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

OBRAZAC ZA PRAĆENJE DEKUBITUSA

Prezime, ime oca i ime _____

Godina rođenja _____

Broj historije bolesti

Datum	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|												|__|__| |__|__| |__|__|__|__|												|__|__| |__|__| |__|__|__|__|											
Sati	o8	1o	12	14	16	18	2o	22	24	o2	o4	o6	o8	1o	12	14	16	18	2o	22	24	o2	o4	o6	o8	1o	12	14	16	18	2o	22	24	o2	o4	o6
Leđa																																				
L-bok																																				
D-bok																																				
Previjanje																																				
Provedeni tretman/sredstva																																				
1-Oštečenje kože	1-DA 2-NE												1-DA 2-NE												1-DA 2-NE											
2-Stadij	1-Edem 2-Rana vlažna 3-Nekroza 4-Granulirajuće tkivo												1-Edem 2-Rana vlažna 3-Nekroza 4-Granulirajuće tkivo												1-Edem 2-Rana vlažna 3-Nekroza 4-Granulirajuće tkivo											
3-Veličina cm/mm	Širina		Dužina				Dubina						Širina		Dužina				Dubina						Širina		Dužina				Dubina					
4-Upala	1-DA 2-NE 3-Sumljiva												1-DA 2-NE 3-Sumljiva												1-DA 2-NE 3-Sumljiva											
5-Izlučevina	1-Prozirno 2-Žut 3-Zeleno-žut 4-Braon												1-Prozirno 2-Žut 3-Zeleno-žut 4-Braon												1-Prozirno 2-Žut 3-Zeleno-žut 4-Braon											
Osobine	1-Sluzav 2-Krvav 3-Gust 4-Tečan												1-Sluzav 2-Krvav 3-Gust 4-Tečan												1-Sluzav 2-Krvav 3-Gust 4-Tečan											
6-Rubovi rane	Edem 1-DA 2-NE												Edem 1-DA 2-NE												Edem 1-DA 2-NE											
Boja	1-Roza 2-Blijeda 3-Crna												1-Roza 2-Blijeda 3-Crna												1-Roza 2-Blijeda 3-Crna											
7-Miris	1-Bez mirisa 2-Neugodan 3-Smrdi												1-Bez mirisa 2-Neugodan 3-Smrdi												1-Bez mirisa 2-Neugodan 3-Smrdi											
8-Ekcem okolne kože	1-DA 2-NE												1-DA 2-NE												1-DA 2-NE											
9-Antidekubitalna pomagala																																				
PRIMJEDBA:																																				

Ime i prezime medicinske sestre/tehničara ***Potpis*** _____

_____

S/T 7

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____ Datum: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

SLUŽBA _____

SESTRINSKA EVIDENCIJA INTENZIVNE NJEGE

Prezime, ime oca i ime _____

Broj historije bolesti _____

Matični broj |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

VRSTA ZDRAVSTVENE NJEGE I SESTRINSKIH INTERVENCIJA		VRIJEME													NAPOMENA	POTPIS MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA
		07	08	08	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Disanje(frekvencu)																
Mjerenje tenzije																
Puls																
Mjerenje temperature																
Unos tečnosti																
Ishrana																
Nutritivna soda																
Krvarenje																
Vježbe cisanja i inhalacija																
Aspiriranje																
Njega traheobronhijalnog puta ili traheostome																
Plasiranje i njega I.V.kanile																
Plasiranje i njega C.V.K.																
Postavljanje elastičnih zavoja																
Okretanje i masiranje																
Umivanje i njega usne duplje																
Kupanje																
Presvlačenje odjeće																
Presvlačenje posteljine																
Pomoć pri kretanju																
Pratnja za dijagnost.pretrage																
Uriniranje	Spontano															
	Kateter															
	Pelena															
Defekcija	Samostalna															
	Uz pomoć															
	Stoma															
Povraćanje																

VRSTA ZDRAVSTVENE NJEGE I SESTRINSKIH INTERVENCIJA		VRIJEME													NAPOMENA	POTPIS MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA
		19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06			
Disanje																
Mjerenje tenzije																
Mjerenje temperature																
Unos tečnosti																
Ishrana																
Nutritivna soda																
Krvarenje																
Vježbe cisanja i inhalacija																
Aspiriranje																
Njega traheobronhijalnog puta																
Plasiranje i njega I.V.kanile																
Plasiranje i njega C.V.K.																
Postavljanje elastičnih zavoja																
Okretanje i masiranje																
Umivanje i njega usne duplje																
Kupanje																
Presvlačenje odjeće																
Presvlačenje posteljine																
Pomoć pri kretanju																
Pratnja za dijagnost.pretrage																
Uriniranje	Spontano															
	Kateter															
	Pelena															
Defekcija	Samostalna															
	Uz pomoć															
	Stoma															
Povraćanje																

S/T 8

KANTON _____
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

PREGLED APLIKACIJE TERAPIJE NA SEKUNDARNOM I TERCIJARNOM NIVOU

Prezime, ime oca i ime

Datum	1				2				3				4				Doktor koji je uključio/produžio th.
LIJEK	sat	doza	način aplikacije	Ime i prezime /potpis medicinske sestre/tehničara	sat	doza	način aplikacije	Ime i prezime /potpis medicinske sestre/tehničara	sat	doza	način aplikacije	Ime i prezime /potpis medicinske sestre/tehničara	sat	doza	način aplikacije	Ime i prezime /potpis medicinske sestre/tehničara	

KANTON _____ **S/T 9**
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE NA SEKUNDARNOM I TERCIJARNOM NIVOU

Broj histoije bolesti _____
Prezime, ime oca i ime _____
Datum rođenja |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Dijagnoza pri otpustu _____

Spisak o pomoćnim medicinskim sredstvima i aparatima koje je pacijent donio sa sobom u bolnicu

1a.Sve upisano u gornju rubriku je vraćeno pacijentu po otpustu

Dati savjeti i preporuke tokom hospitalizacije

PREPORUKE NASTAVKA ZDRAVSTVENE NJEGE

IZDATA TERAPIJA

Vraćena lična terapija	Da |__|	Ne |__|
Da li je izdata propisana terapija za dan otpusta	Da |__|	Ne |__|

Ime i prezime odgovorne medicinske sestre/tehničara ***Potpis***

Ime i prezime glavne medicinske sestre/tehničara ***Potpis***

_____ _____

***Dijagnoza iz otpusnog pisma pacijenta**

KANTON _____ **S/T 10**
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

OBAVIJEST KOD IZMJEŠTAJA/PREMJEŠTAJA PACIJENTA

Prezime, ime oca i ime _____
Matični broj I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Datum prijema I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Datum izmještaja/premještaja pacijenta I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Ustanova/klinika/odjeljenje/odsjek na koji se izmješta/premješta

_____

Zadužena pidžama po prijemu 1-DA I__I 2-NE I__I
I.V.Kanila 1-DA I__I 2-NE I__I
Datum plasiranja I.V.Kanile I__I__I I__I__I I__I__I__I__I Vrijeme _____
Stanje svijesti pacijenta
svjestan I__I somnolentan I__I komatozan I__I
Pokretljivost pacijenta
pokretan I__I slabo pokretan I_I nepokretan I__I
Ishrana per os I__I enteralno I__I parenteralno I__I
Uklonjena zubna proteza 1-DA I__I 2-NE I__I
Urinarni kateter 1-DA I__I 2-NE I__I
Datum plasiranja urirnarnog katetera I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Dekubitus 1-DA I__I 2-NE I__I
Lokalizacija dekubitusa ili neke druge povrede tjela _____

Terapija koju je pacijent primio
OSTALE BITNE INFORMACIJE

Ime i prezime /potpis medicinske sestre/tehničara koja predaje pacijenta:

_____

Ime i prezime /potpis medicinske sestre/tehničara koja prima pacijenta:

_____

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 обрасцем, 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 обрасци: 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 обрасце 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".

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

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

Na osnovu člana 55. stav (1) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12), federalni ministar zdravstva donosi

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

Član 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 Prilogu 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.

Član 2.

(1) U članu 4. stav (1) iza tačke h) dodaju se tač. i), j) i k), koje glase:
"i) potvrda o preboljevanju
j) potvrda o vakcinaciji
k) potvrda o testiranju.".
(2) U članu 4. iza stava (5) dodaje se stav (6) koji glasi:
"(6) Oblik, sadržaj i način vođenja pomoćnih obrazaca iz stava (1) tač. i), j) i k) ovog člana nalaze se u Prilogu 2. ovog pravilnika i čine njegov sastavni dio.".
(3) U Prilogu 2., iza "Ljekarskog uvjerenja" dodaju se obrasci: Potvrda o preboljevanju, Potvrda o vakcinaciji i Potvrda o testiranju, koji se nalaze u prilogu ovog pravilnika i čine njegov sastavni dio.

Član 3.

Iza člana 8. dodaje se novi član 8a. koji glasi:

"Član 8a.

Zdravstvene ustanove koje su u obavezi dostavljanja individualnih izvještajnih obrazaca, prema rokovima iz člana 8. ovog pravilnika, dužne su da unose podatke propisane za individualne izvještajne obrasce u elektronski sistem Federalnog zavoda - RegiZ, a radi objedinjavanja javnozdravstvenih podataka u elektronskom formatu.".

Član 4.

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

Po ovlašćenju
Vlade Federacije BiH
Premijer
Fadil Novalić, s. r.

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

PRILOZI

PRILOG 1:

- Obrazac "Obr. br. 17-I-PDM – Prijava oboljelog od šećerne bolesti"

PRILOG 2:

- Potvrda o preboljevanju
- Potvrda o vakcinaciji
- Potvrda o testiranju

Na temelju članka 55. stavak (1) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/12), federalni ministar zdravstva donosi