

- 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 početak će se primjenjivati od 01.01.2023. godine.

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

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

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 tački 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 priviteci:
- "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) tačka j) Pravilnika."

Članak 2.

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

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

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

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

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

[illegible]

Dijagnoza (šifra):

Terapijski ili dijagnostički postupak:

Napomena:

Datum : | | | | | | | | | |

Potpis i pečat liječnika:

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	OTPUŠNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE NA SEKUNDARNOM I TERCIJARNOM NIVOU
S/T 10	OBAVIJEST KOD IZMJESTAJA/PREMJEŠTAJA PACIJENTA

KANTON
OPĆINA
ZDRAVSTVENA USTANOVA
SLUŽBA

S/T 1

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

Datum i vrijeme otpusta

u _____ h. _____ min.

u _____ h. _____ min.

ZAPAZANJA PRI PRIJEMU

Stanje svijesti

1. svjestan 2. nije svjestan

Uz pacijenta ostaje

1-roditelj 2-staratelj 3-drugo _____

Upoznat sa svojom bolešću

1-DA 2-NE 3-djelimično

Sa sobom donosi lijekove

1-DA 2-NE

Sa sobom donosi pomagala

1-naočale 2-leće 3-slušni aparat 4-zubna proteza G D
5-ostala pomagala

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 2-NE
na lijekove I__I
na ostalo I__I

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 ☐ ☐2-NE ☐ ☐

Imate li više od 65 godina

1-DA ☐ ☐2-NE ☐ ☐

Navesti broj godina

Uzimate li više od tri vrste lijekova

1-DA ☐ ☐2-NE ☐ ☐

Da li se otežano krećete

1-DA ☐ ☐2-NE ☐ ☐

Imate li problema sa vidom

1-DA ☐ ☐2-NE ☐ ☐*Ime i prezime medicinske sestre/tehničara*

Potpis _____

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

KANTON _____

OPĆINA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

SLUŽBA _____

S/T 3

PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE

Prezime, ime oca i ime _____

Broj historije bolesti _____

Godina rođenja _____

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

Ime i prezime medicinske sestre/tehničara _____

Potpis _____

KANTON _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

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

EVIDENCIJA PROVOĐENJA PLANA ZDRAVSTVENE NJEGE

[illegible]

ZAPAŽANJA I INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA

[illegible]

KANTON _____
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

S/T 5

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

[illegible]

KANTON

OPĆINA

ZDRAVSTVENA USTANOVA

SUŽBA

S/T 8

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	Ime i prezime /potpis medicinske sestre/tehničara	sat	doza	način	Ime i prezime /potpis medicinske sestre/tehničara	sat	doza	način	Ime i prezime /potpis medicinske sestre/tehničara	sat	doza	način	
															</	

KANTON _____
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

S/T 9

**OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE
NA SEKUNDARNOM I TERCIJARNOM NIVOU**

Broj historije 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 I__I	Ne I__I
Da li je izdata propisana terapija za dan otpusta	Da I__I	Ne I__I

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 IZMJETAJA/PREMJETAJA PACIJENTA

Prezime, ime oca i ime _____

Matični broj _____

Datum prijema _____

Datum izmjetaja/premjetaja pacijenta _____

Ustanova/klinika/odjeljenje/odsjek na koji se izmješta/premješta _____

Zadužena pidžama po prijemu

1-DA ☐ 2-NE ☐

I.V.Kanila

1-DA ☐ 2-NE ☐

Datum plasiranja I.V.Kanile

Vrijeme _____

Stanje svijesti pacijenta

svjestan ☐ somnolentan ☐ komatozan ☐

Pokretljivost pacijenta

pokretan ☐ slabo pokretan ☐ nepokretan ☐

Ishrana

per os ☐ enteralno ☐ parenteralno ☐

Uklonjena zubna proteza

1-DA ☐ 2-NE ☐

Urinarni kateter

1-DA ☐ 2-NE ☐

Datum plasiranja urinarnog katetera

Dekubitus

1-DA ☐ 2-NE ☐

Lokalizacija dekubitusa ili neke druge povrede tijela _____

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 оболелог 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), j) и к), које гласе:
- "и) потврда о пребољевању
 - j) 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), j) и к) овог члана налазе се у Прилогу 2. овог правилника и чине његов саставни дио."
- (3) У Прилогу 2., иза "Лјекарског 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 оболелог 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), j) и к), које гласе:
- "и) потврда о пребољевању
 - j) 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), j) и к) овог члана налазе се у Прилогу 2. овог правилника и чине његов саставни дио."
- (3) У Прилогу 2., иза "Лјекарског 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

**PRILOZI
PRILOG 1:**

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

PRILOG 2:

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

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