

- 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 njegе
 - 8) S/T 4 Evidencija provođenja plana zdravstvene njegе
 - 9) S/T 5 Obrazac za prijavu dekubitala
 - 10) S/T 6 Obrazac za praćenje dekubitala
 - 11) S/T 7 Sestrinska evidencija intenzivne njegе
 - 12) S/T 8 Pregled aplikacije terapije na sekundarnom i tercijarnom nivou
 - 13) S/T 9 Otpusno pismo zdravstvene njegе 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".

Članak 2.

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

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

По овлаšћењу
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 ("Službeni novini Federacije BiH", broj 37/12), federalni ministar zdravstva donosi

PRAVILNIK
**О ДОПУНАМА ПРАВИЛНИКА О ОБЛИКУ И САДРŽАЈУ
ОСНОВНЕ МЕДИЦИНСКЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ**

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 njegе medicinske sestre/tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
 - 2) PRIM 2 Plan zdravstvene njegе 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 njegе
 - 8) S/T 4 Evidencija provođenja plana zdravstvene njegе
 - 9) S/T 5 Obrazac za prijavu dekubitala
 - 10) S/T 6 Obrazac za praćenje dekubitala
 - 11) S/T 7 Sestrinska evidencija intenzivne njegе
 - 12) S/T 8 Pregled aplikacije terapije na sekundarnoj i tercijarnoj razini
 - 13) S/T 9 Otpusno pismo zdravstvene njegе 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.

По овлаšћењу
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

KANTON _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

PRIM 1*Broj kartona:* _____(broj kartona se upisuje sa kartona
porodične/obiteljske medicine)*Datum otvaranja:* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

OBRAZAC ZDRAVSTVENE NJEGE MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

LIČNI PODACI

Prezime, ime oca i ime

Spol

1. Muško |_| 2. Žensko |_|

Datum, mjesec i godina rođenja

|_||_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Jedinstveni matični broj

|_||_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresa stanovanja

Bračno stanje

Zanimanje, šifra djelatnosti

Kategorija zdravstvenog osiguranja

PODACI O OBOLIJENJU 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

Dобра

Loša

Umjerena

Nepokretan

Ishrana

Raznovrsna

Izražen apetit

Jednolična

Slab apetit

Umjerena

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

KANTON
OPĆINA
ZDRAVSTVE
SLUŽBA

Broj kartona:

PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE ZA HRONIČNE BOLESNIKE U PRIMARNoj ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Prezime, ime oca i ime
Jedinstveni matični broj

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:

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	OTPUTNO 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.

ZAPAŽANJA PRI PRIJEMU**Stanje svijesti** 1.svjestan 2. nije svjestan

Uz pacijenta ostaje 1-roditelj 2-staratelj 3-drugo _____

Upoznat sa svojoj bolescu 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-štakе 2-kolica 3-drugo _____

Pacijentu dato na upotrebu 1-pidžama 2-papuče 3-štakе
4-drugo _____Potrebna komunikacija sa
socijalnim radnikom ustanove 1-DA 2-NE 3-drugo _____Alergije 1-DA 2-NE
na lijekove I_ _
na ostalo 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 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

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

KANTON _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

S/T 3

PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE

Prezime, име oca i ime Broj historije bolesti	Godina rođenja _____						
Datum i vrijeme	Utvrđivanje potreba	Ciljevi zdravstvene njegе	Planiranje zdravstvene njegе	Prezime i ime/potpis	Plan izradio-potpis	Evaluacija ciljeva	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PRIMJEDBE	<i>Ime i prezime medicinske sestre/tehničara</i>						
	<i>Potpis</i> _____						

KANTON _____
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVА _____
SLUŽBA _____

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

EVIDENCIJA PROVODENJA PLANA ZDRAVSTVENE NJEGE

Prezime, ime oca i ime

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

EVIDENCIJA PROVODENJA PLANA ZDRAVSTVENE NJEGE

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	<input type="checkbox"/>	
iz bolnice/zavoda	<input type="checkbox"/>	
iz socijalne ustanove	<input type="checkbox"/>	
iz banje	<input type="checkbox"/>	
sa klinike/odjela	<input type="checkbox"/>	

Datum nastanka dekubitusa u bolnici |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|

Datum prijave |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|

*Ime i prezime glavne-odgovorne
medicinske sestre/tehničara* _____

Potpis _____

S/T 6

KANTON _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVА _____
 SLUŽBA _____
 Datum _____

OBRAZAC ZA PRAĆENJE DEKUBITUSA

Prezime, ime oca i ime _____

Godina rođenja _____

Broj historije bolesti _____

Datum	Sati												Sati												Sati												
	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	
Sati																																					
Leda																																					
L-bok																																					
D-bok																																					
Prebijanje																																					
Provodenii tretman/sredstva																																					
1-Oštećenje kože	1-DA	2-NE												1-DA	2-NE																						
2-Stadij	1-Edem	2-Rana vlažna	3-Nekroza											1-Edem	2-Rana vlažna	3-Nekroza																					
3-Veličina cm/mm	Širina	Dužina	Dubina											Širina	Dužina	Dubina																					
4-Upala	1-DA	2-NE	3-Sumljiva											1-DA	2-NE	3-Sumljiva																					
5-Izučevina	1-Prozirno	2-žut	3-Zeleno-žut	4-Braon										1-Prozirno	2-žut	3-Zeleno-žut	4-Braon																				
Osobine	1-Služav	2-Krvav	3-Gust	4-Tečan										1-Služav	2-Krvav	3-Gust	4-Tečan																				
6-Rubovi rane	Edem	1-DA	2-NE											Edem	1-DA	2-NE																					
Boja	1-Roza	2-Blijeda	3-Crna											1-Roza	2-Blijeda	3-Crna																					
7-Miris	1-Bez mirisa	2-Neugodan	3-Smrđi											1-Bez mirisa	2-Neugodan	3-Smrđi																					
8-Ekzem okolne kože	1-DA	2-NE												1-DA	2-NE																						
9-Antidekubitorna pomagala																																					
PRIMJEDBA:																																					

Ime i prezime medicinske sestre/tehničara

Potpis _____

KANTON _____
OPĆINA _____
ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
SLUŽBA _____

S/T 9

**OTPUTNO 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 _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

S/T 10

OBAVIJEST KOD IZMJEŠTAJA/PREMJEŠTAJA PACIJENTA

Prezime, ime oca i ime

|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Matični broj

|_____|_____|_____|_____|

Datum prijema

|_____|_____|_____|_____|

Datum izmještaja/premještaja 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 urirnarnog katetera

|_____|_____|_____|_____|

Dekubitus

1-DA |__| 2-NE |__|

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 оболјelog 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 преболевању
 - 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 преболевању, 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 - РегиZ, 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 овлаштењу
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

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

Član 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-I-PDM – Пријава оболјelog od шећерне болести" замјењује се новим обрасцем, који се налази у прилогу овог правилника и чини његов саставни дио.

Član 2.

- (1) У члану 4. став (1) иза тачке h) додају се тач. i), j) и k), које гласе:
 - "i) потврда о преболевању
 - j) потврда о вакцинацији
 - k) 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. i), j) и k) 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 преболевању, Потврда о вакцинацији и Потврда о тестирању, који се налазе у прилогу овог правилника и чине његов саставни дио.

Član 3.

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

"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 obrazce 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 objavljuvanja 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
Broj 05-02-4824-2/22
30. августа 2022. године
Сарајево
Vlade Federacije BiH
Premijer
Fadil Novalić, s. r.

PRILOZI**PRILOG 1:**

- Образац "Обр. бр. 17-I-PDM – Пријава оболјelog od шећерне болести"

PRILOG 2:

- Потврда о преболевању
- Потврда о вакцинацији
- Потврда о тестирању

Na temelju članka 55. stavak (1) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva ("Службене новине Федерације БиХ", број 37/12), федерални министар здравства доноси