

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Dom zdravlja/ordinacija privatne prakse		<h1>IZVJEŠĆE</h1> <h2>O PROVEDENOM PREVENTIVNOM PREGLEDU OSIGURANE OSOBE STARIJE OD 50 GODINA</h2>												
Područni ured														
Šifra ustanove/ordinacije														
Šifra doktora opće/obiteljske medicine														
1. OSOBNI PODACI O OSIGURANOJ OSOBI														
Broj sistematskog pregleda <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		* Evidencijski broj pregleda u ordinaciji opće medicine u 2006. godini												
Broj osigurane osobe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Status branitelja 0 (nema) 1 (ima)	Radni status (Upišite X u odgovarajuće polje) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>zaposlen</td> <td>nezaposlen</td> <td>umirovljenik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		zaposlen	nezaposlen	umirovljenik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
zaposlen	nezaposlen	umirovljenik												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Spol 1 (muški) 2 (ženski) * Zaokružite odgovarajući znak		Godina rođenja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Prebivalište (općina) _____											
2. ANAMNEZA														
a) OSOBNA ANAMNEZA														
Prijašnje i sadašnje bolesti (kardiovaskularne bolesti, dijabetes, zloćudne bolesti...) 0 (nema) 1 (ima)		Ako je odgovor 1 upišite MKB10 šifre u odgovarajuća polja <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
Pušenje Upišite X u odgovarajuće polje		nepušač bivši pušač do 10 cigareta do 20 cigareta više od 20 cigareta	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<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"/>	<input type="checkbox"/>										
Alkohol Upišite X u odgovarajuće polje		ne pije apstinent 2-3 pića tjedno 1-2 pića dnevno 3 i više dnevno	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<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"/>	<input type="checkbox"/>										
b) OBITELJSKA ANAMNEZA														
Kardiovaskularne bolesti, dijabetes, zloćudne bolesti... 0 (nema) 1 (ima)		Ako je odgovor 1 upišite MKB10 šifre u odgovarajuća polja <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
3. LIJEČNIČKI NALAZ														
Visina (m) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Težina (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	BMI Indeks tjelesne mase <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TLAK: Sistolični <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dijastolični <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Indeks tjelesne mase (Upišite X u odgovarajuće polje) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Pothranjenost (< 18,5)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Normalna tjelesna masa (18,6-24,9)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Umjeren pretilost (25-30)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Teška pretilost (30,1-40)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vrlo teška pretilost (>40,1)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pothranjenost (< 18,5)	<input type="checkbox"/>	Normalna tjelesna masa (18,6-24,9)	<input type="checkbox"/>	Umjeren pretilost (25-30)	<input type="checkbox"/>	Teška pretilost (30,1-40)	<input type="checkbox"/>	Vrlo teška pretilost (>40,1)	<input type="checkbox"/>
Pothranjenost (< 18,5)	<input type="checkbox"/>													
Normalna tjelesna masa (18,6-24,9)	<input type="checkbox"/>													
Umjeren pretilost (25-30)	<input type="checkbox"/>													
Teška pretilost (30,1-40)	<input type="checkbox"/>													
Vrlo teška pretilost (>40,1)	<input type="checkbox"/>													
Glava i vrat - patološka stanja 0 (nema) 1 (ima)		Ako je odgovor 1 upišite X u odgovarajuća polja <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>zubi</td> <td>štitnjača</td> <td>žlijezde</td> <td>tumor</td> <td>ostalo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			zubi	štitnjača	žlijezde	tumor	ostalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zubi	štitnjača	žlijezde	tumor	ostalo										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Periferna cirkulacija (na stopalima i poplitealno) (Upišite X u odgovarajuća polja)		uredna edemi varikozne vene oslabljena arterijska nema art. pulsacije	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<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"/>	<input type="checkbox"/>										
Papa test u zadnje tri godine 0 (ne) 1 (da)		Mamografija u zadnje tri godine 0 (ne) 1 (da)												
Palpatorni pregled dojki/nalaz (žene) (Upišite X u odgovarajuće polje)		uredan suspektan čvor odbija pregled	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Vlastoručni potpis osigurane osobe (žene) ako je odbila palpatorni pregled dojki: _____														
Pluća - patološki nalaz 0 (nema) 1 (ima)		Srce - patološki nalaz 0 (nema) 1 (ima)		Trbuh - patološki nalaz 0 (nema) 1 (ima)										

Digitorektalni pregled - patološki nalaz 0 (nema) 1 (ima)	Ako je odgovor 1 upišite X u odgovarajuća polja			
	hemoroidi i fisure	povećana prostata	suspektna oteklina	odbija pregled
Vlastoručni potpis osiguranika ako je odbio digitorektalni pregled:				
4. Nespecifični znakovi zloćudnih bolesti				
Oteklina 0 (nema) 1 (ima)	Ako je odgovor 1 upišite X u odgovarajuća polja			
	glava/vrat	toraks	abdomen	zdjelica ekstremiteti
Promuklost 0 (nema) 1 (ima)				
Alteracija madeža 0 (nema) 1 (ima)				
Promjene u stolici 0 (nema) 1 (ima)	Ako je odgovor 1 upišite X u odgovarajuća polja			
	zatvor	proljevi	svježa krv	hemoroidi i krv crna stolica
Dugotrajni kašalj 0 (nema) 1 (ima) Trajanje u mjesecima _____	Ako je odgovor 1 upišite X u odgovarajuća polja			
	suh	produktivan	hemoptiza	
Iscjedak (patološki) 0 (nema) 1 (ima)	Ako je odgovor 1 upišite X u odgovarajuća polja			
	oko, nos, uho	bradavica dojke	uretra	rodnica ostalo
Krvarenje (patološko) 0 (nema) 1 (ima)	Ako je odgovor 1 upišite X u odgovarajuća polja			
	oko, nos, uho	bradavica dojke	makrohematurija	vaginalno ostalo
5. Laboratorijski nalaz				
SE: □ □ □ □ □	Hb (g/L): □ □ □ □ □	GUK (mmol/L): □ □ □ □ □		
Test na okultno krvarenje 0 (nije učinjen) 1 (učinjen)	Ako je nalaz pozitivan upišite X u odgovarajuća polja			
	I	II	III	
6. Mišljenje izabranog doktora opće/obiteljske medicine – poduzete mjere				
Novootkrivene i suspektne bolesti 0 (nema) 1 (ima)	Ako je odgovor 1 upišite MKB šifru u odgovarajuća polja			
	1	2	3	4 5
Poduzete mjere 0 (ne) 1 (da)	Ako je odgovor 1 upišite X u odgovarajuća polja			
	savjet	uvođenje terapije	upućivanje u laboratorij	upućivanje na pretrage specijalisti bolničko liječenje
Komentari:	_____			

Datum

Izabrani doktor obiteljske medicine

M.P.

* Izabrani doktor obavezan je osiguranoj osobi nakon pregleda uručiti pisane upute o prevenciji

NAPOMENA: Ovo izvješće ispunjava se u dva primjerka od kojeg jedan zadržava izabrani doktor opće/obiteljske medicine, a jedan primjerak obvezno dostavlja nadležnom županijskom zavodu za javno zdravstvo.