

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Dom zdravlja/ordinacija privatne prakse		IZVJEŠĆE O PROVEDENOM PREVENTIVNOM PREGLEDU U DJELATNOSTI OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE												
Područni ured														
Šifra ustanove/ordinacije														
Šifra doktora opće/obiteljske medicine														
1. OSOBNI PODACI O OSIGURANOJ OSOBI														
Broj sistematskog pregleda		* Evidencijski broj pregleda u ordinaciji opće medicine u 2006. godini												
Broj osigurane osobe		Status branitelja	Radni status (Upišite X u odgovarajuće polje)											
		0 (nema) 1 (ima)	zaposlen nezaposlen umirovljenik											
OIB														
Spol 1 (muški) 2 (ženski) * Zaokružite odgovarajući znak		Godina rođenja	Prebivalište (općina)											
2. ANAMNEZA														
a) OSOBNA ANAMNEZA														
Prijašnje i sadašnje bolesti (kardiovaskularne bolesti, dijabetes, zloćudne bolesti...)		Ako je odgovor 1 upišite MKB10 šifre u odgovarajuća polja												
0 (nema) 1 (ima)		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5										
Pušenje Upišite X u odgovarajuće polje		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">nepušač</td> <td style="width: 20%;">bivši pušač</td> <td style="width: 20%;">do 10 cigareta</td> <td style="width: 20%;">do 20 cigareta</td> <td style="width: 20%;">više od 20 cigareta</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			nepušač	bivši pušač	do 10 cigareta	do 20 cigareta	više od 20 cigareta					
nepušač	bivši pušač	do 10 cigareta	do 20 cigareta	više od 20 cigareta										
Alkohol Upišite X u odgovarajuće polje		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">ne pije</td> <td style="width: 20%;">apstinent</td> <td style="width: 20%;">2-3 pića tjedno</td> <td style="width: 20%;">1-2 pića dnevno</td> <td style="width: 20%;">3 i više dnevno</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			ne pije	apstinent	2-3 pića tjedno	1-2 pića dnevno	3 i više dnevno					
ne pije	apstinent	2-3 pića tjedno	1-2 pića dnevno	3 i više dnevno										
b) OBITELJSKA ANAMNEZA														
Kardiovaskularne bolesti, dijabetes, zloćudne bolesti...		Ako je odgovor 1 upišite MKB10 šifre u odgovarajuća polja												
0 (nema) 1 (ima)		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5										
3. LIJEČNIČKI NALAZ														
Visina (m)	Težina (kg)	BMI Indeks tjelesne mase	TLAK:	Indeks tjelesne mase (Upišite X u odgovarajuće polje)										
			Sistolični	Pothranjenost (< 18,5)										
			Dijastolični	Normalna tjelesna masa (18,6-24,9)										
				Umjerena pretilost (25-30)										
				Teška pretilost (30,1-40)										
				Vrlo teška pretilost (>40,1)										
Glava i vrat - patološka stanja			Ako je odgovor 1 upišite X u odgovarajuća polja											
0 (nema) 1 (ima)			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">zubi</td> <td style="width: 20%;">štitnjača</td> <td style="width: 20%;">žlijezde</td> <td style="width: 20%;">tumor</td> <td style="width: 20%;">ostalo</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		zubi	štitnjača	žlijezde	tumor	ostalo					
zubi	štitnjača	žlijezde	tumor	ostalo										
Periferna cirkulacija (na stopalima i poplitealno) (Upišite X u odgovarajuća polja)			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">uredna</td> <td style="width: 20%;">edemi</td> <td style="width: 20%;">varikozne vene</td> <td style="width: 20%;">oslabljena arterijska</td> <td style="width: 20%;">nema art. pulsacije</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		uredna	edemi	varikozne vene	oslabljena arterijska	nema art. pulsacije					
uredna	edemi	varikozne vene	oslabljena arterijska	nema art. pulsacije										
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)			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">uredan</td> <td style="width: 33%;">suspektan čvor</td> <td style="width: 33%;">odbija pregled</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		uredan	suspektan čvor	odbija pregled							
uredan	suspektan čvor	odbija pregled												
Vlastoručni potpis osigurane osobe (žene) ako je odbila palpatorni pregled dojki:														
Pluća - patološki nalaz		Srce - patološki nalaz		Trbuh - patološki nalaz										
0 (nema) 1 (ima)		0 (nema) 1 (ima)		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.