

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					
Broj osigurane osobe/MB osigurane osobe		Status branitelja	Radni status (Upišite X u odgovarajuća polja)				
		0 (nema) 1 (ima)	zaposlen	nezaposlen	umirovljenik		
Spol 1 (muški) 2 (ženski) * Zaokružite odgovarajući znak		Godina rođenja	Prebivalište (općina)				
2. ANAMNEZA							
a) OSOBNA ANAMNEZA							
Prijasnje i sadašnje bolesti (kardiovaskularne bolesti, dijabetes, zloćudne bolesti...)		Ako je odgovor 1 upišite MKB10 šifre u odgovarajuća polja					
0 (nema) 1 (ima)		1	2	3	4	5	
Pušenje Upišite X u odgovarajuća polja		nepušač	bivši pušač	do 10 cigareta	do 20 cigareta	više od 20 cigareta	
Alkohol Upišite X u odgovarajuća polja		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)		1	2	3	4	5	
3. LIJEČNIČKI NALAZ							
Visina (m)	Težina (kg)	BMI Indeks tjelesne mase	TLAK: Sistolični Dijastolični	Indeks tjelesne mase (Upišite X u odgovarajuća polja)			
				Pothranjenost (< 18,5)			
				Normalna tjelesna masa (18,6-24,9)			
				Umjeren 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)			zubi	štitnjača	žlijezde	tumor	ostalo
Periferna cirkulacija (na stopalima i poplitealno) (Upišite X u odgovarajuća polja)			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 odgovarajuća polja)			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 otekline	odbija pregled
Vlastoručni potpis osiguranika ako je odbio digitorektalni pregled:				
4. NESPECIFIČNI ZNAKOVI ZLOČUDNIH BOLESTI				
Otekline 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				
Kolesterol: <input type="text"/>	Hb (g/L): <input type="text"/>	GUK (mmol/L): <input type="text"/>	Urin: <input type="text"/>	
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 osiguranjoj 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.