

Здравствена установа \_\_\_\_\_  
 Место \_\_\_\_\_  
 Општина \_\_\_\_\_  
 Редни број пријаве \_\_\_\_\_

Република \_\_\_\_\_  
 Улица и број \_\_\_\_\_  
 Телефон \_\_\_\_\_

## ПРИЈАВА ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Обавезном пријављивању подлежу:

Обољење или смрт од заразне болести из члана 2. Закона	<input type="checkbox"/> 1
Смрт од заразне болести која није наведена у члану 2. Закона	<input type="checkbox"/> 2
Сумња да постоји обољење од колере, куге, жуте грознице, пегавог тифуса, вирусних хеморагичних грозница, полиомијелитиса и дифтерије	<input type="checkbox"/> 3
Лучење узročника трбушног тифуса, паратифуса, других салмонелоза и шигелоза, као и ношење антигена вируса хепатитиса Б и антитела на вирус хепатитиса Ц, ХИВ-а и носилаштво паразита – узročника маларије	<input type="checkbox"/> 4
Могућност инфекције вирусом беснила	<input type="checkbox"/> 5
Вашљивост тела	<input type="checkbox"/> 6

### ПОДАЦИ О БОЛЕСНИКУ

Презиме, име једног родитеља и име \_\_\_\_\_

Дан, месец и година рођења \_\_\_\_\_ Пол М  1 Ж  2

Где је запослен или се школује \_\_\_\_\_  
(за предшколску децу – назив установе; за војна лица – број в.п.)

Посао који обавља (детаљно) \_\_\_\_\_

Матични број грађана \_\_\_\_\_

Пребивалиште – адреса \_\_\_\_\_

### ПОДАЦИ О БОЛЕСТИ

Обољење \_\_\_\_\_ Шифра  Узročник \_\_\_\_\_

Датум обољења (дан, месец, година)  Датум смрти

Болесник	упућен у болницу	ДА <input type="checkbox"/> 1	НЕ <input type="checkbox"/> 2
	изоливан	ДА <input type="checkbox"/> 1	НЕ <input type="checkbox"/> 2
	стављен под здравствени надзор	ДА <input type="checkbox"/> 1	НЕ <input type="checkbox"/> 2

Материјал узет за лабораторијску анализу ДА  1 НЕ  2

Болесник вакцинисан против ове болести	НЕ <input type="checkbox"/> 2	ДА – ПОТПУНО	<input type="checkbox"/> 3
	НЕПОТПУНО		<input type="checkbox"/> 4
	НИЈЕ ВАКЦИНИСАН		<input type="checkbox"/> 5
	ВАКЦИНАЦИЈА НИЈЕ ОБАВЕЗНА		<input type="checkbox"/> 6

Датум последње вакцинације	<input type="checkbox"/>
Датум последње ревакцинације	<input type="checkbox"/>

Датум \_\_\_\_\_

Презиме, име лекара и  
факсимил