

Појединачном пријавом пријављује се:

- 1) обољење од заразне болести, изузев обољења од заразних болести утврђених у члану 7. овог правилника;
- 2) смрт од заразне болести;
- 3) смрт од заразне болести која није наведена у члану 2. овог правилника;
- 4) сумња да постоји обољење од заразне болести утврђене у члану 8. став 1. овог правилника;
- 5) излучивање узрочника трбушног тифуса и паратифуса (Z 22.0);
- 6) излучивање узрочника других салмонелоза, шигелоза, јерсиниоза, кампилобактериоза (Z 22.1);
- 7) носилаштво антигена вирусног хепатитиса Б (HBsAg - Z 22.5);
- 8) присуство антитела на вирусни хепатитис Ц (anti HCV - Z 22.9);
- 9) носилаштво паразита - узрочника маларије (Z 22.8);
- 10) носилаштво антитела на ХИВ (anti HIV - Z 21).

Појединачна пријава којом се пријављују случајеви утврђени у ставу 1. тач. 1) - 8) овог члана подноси се на Обрасцу бр. 1 (Обр. бр. ДИ-07/1).

Појединачна пријава којом се пријављује обољење, односно смрт од маларије, као и носилаштво паразита - узрочника маларије подноси се на Обрасцу бр. 6 (Обр. бр. ДИ-07/6).

Појединачна пријава носилаштва антитела на ХИВ, обољење, односно смрт од ХИВ болести, подноси се на Обрасцу бр. 10 (Обр. бр. ДИ-08/7).

Образац бр. 2 (Обр.бр. ДИ-07/2)

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 е-маил _____ Број под којим је заведена пријава _____

ПРИЈАВА ЕПИДЕМИЈЕ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ**Обољење које се појавило у епидемијској форми:**

Дијагноза (латински) _____

Шифра (МКБ-важња)

Датум почетка епидемије _____ Датум откривања епидемије _____ Датум подношења пријаве _____

Место у ком се јавила епидемија _____ Број становника _____

Захваћена групација (школа - разред и одељење; дечја установа; колектив; породица; и др) _____

(место, улица и број)

Број: експонираних _____; оболелих _____; хоспитализованих _____; умрлих _____; сумњивих _____

Извор заразе: утврђен - неутврђен**Пут преношења:**

храна: _____ шифра** _____

вода за пиће: ДА НЕ 1. Објекат за јавно снабдевање водом 2. Индивидуални водни објекат

контакт: ДА НЕ

инокулација: ДА НЕ

аерогени: ДА НЕ

трансмисивни: ДА НЕ

неутврђен: ДА НЕ

Узрочник: у испитивању није доказан шифра етиолошког агенса***: _____
 доказан није испитиван

Клинички знаци _____

Предузете мере _____

Епидемиолошка прогноза заснована на досадашњим испитивањима _____

Неопходна помоћ: (у кадровима, опреми и средствима) _____У _____
 Датум подношења пријаве

МП

Презиме, име и факсимил
 доктора медицине епидемиолог

* Шифре за намирнице (вехикле) дате су на полеђини пријаве (страна 2)

** Шифре за етиолошке агенсе дате су на полеђини пријаве (страна 2)

Шифре за намирнице (вехикле)*	Шифре за етиолошке агенсе**
01 млеко	100 бактерије и њихови токсини
02 млечни производи, изузев 03 и 04	101 <i>B. cereus</i>
03 сир	102 <i>Brucella</i>
04 бутер	103 <i>Camphylobacter</i>
05 јаја и производи од јаја	104 <i>Cl. botulinum</i>
06 месо од топлокрв. животиња	105 <i>Cl. perfringens</i>
060100 говедина	106 <i>E. coli</i>
060800 телетина	107 <i>F. tularensis</i>
061500 свињетина	108 <i>Klebsiella</i>
063200 јагњетина	109 <i>Mycobacteria</i>
063500 пилетина	110 <i>Pseudomonas</i>
063800 ћуретина	111 <i>S. typhi</i> i <i>paratyphi</i> A,B,C.
063900 друга живина	112 <i>druge Salmonellae</i> (serotip)
070000 месни производи, осим 080000	113 <i>Shigella</i> (grupa)
080000 виршле	114 <i>Staphylococcus aureus</i>
100000 риба	115 <i>Str. fecalis</i>
110000 рибљи производи	116 <i>V. cholerae</i> и сродни вибриони
120000 крустаца, морске животиње	117 <i>Vibrio parahaemolyticus</i>
200000 мајонез, салата и др.	118 <i>Yersinia enterocolitica</i>
200400 месна салата	190 Друге бактерије
200500 рибља салата	200 Паразити и протозое
200800 кромпир салата	208 <i>Trichinellosis</i>
210000 пудинг, крем итд.	300 Вируси и рикетије
	400 Токсичне животиње
	500 Токсичне биљке
	600 Микотоксини итд.

Образац бр. 3 (Обр.бр. ДИ-07/3)

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 е-маил _____ Број под којим је заведена пријава _____

ОДЈАВА ЕПИДЕМИЈЕ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ**Обољење које се појавило у епидемијској форми:**

Дијагноза (латински) _____

Шифра (МКБ-важећа)

Датум почетка епидемије _____ Датум откривања епидемије _____ Датум завршетка пријаве _____

Место у ком се јавила епидемија _____ Број становника _____

Захваћена групација (школа - разред и одељење; дечја установа; колектив; породица; и др) _____

(место, улица и број)

Број: експонираних _____; оболелих _____; хоспитализованих _____; умрлих _____; сумњивих _____

Извор заразе: утврђен - неутврђен**Пут преношења:**

храна: _____ шифра** _____

вода за пиће: ДА НЕ 1. Објекат за јавно снабдевање водом 2. Индивидуални водни објекат

контакт: ДА НЕ

инокулација: ДА НЕ

аерогени: ДА НЕ

трансмисивни: ДА НЕ

неутврђен: ДА НЕ

Узрочник: латински _____ шифра етиолошког агенсе*** _____

Потврда референс – лабораторије: ДА - НЕ

Спроведене мере _____**Предложене мере** за трајно отклањање опасности _____

Оболели по полу и узрасту:

Пол	УЗРАСТ ОБОЛЕЛИХ У ГОДИНАМА														Укуп- но	
	мање од 1 год.	навршена 1 год.	2 г.	3 г.	4 г.	5 г.	6 г.	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59		60 <
М																
Ж																
У																

Други познати подаци значајни за појаву и ширење епидемије и о спроведеним мерама _____

У _____
Датум подношења одјаве

МП

Презиме, име и факсимил
доктора медицине епидемиолог

* Шифре за намирнице (вехикл) дате су на полеђини пријаве (страна 2)

** Шифре за етиолошке агенсе дате су на полеђини пријаве (страна 2)

Шифре за намирнице (вехикле)*	Шифре за етиолошке агенсе**
01 млеко	100 бактерије и њихови токсини
02 млечни производи, изузев 03 и 04	101 <i>B. cereus</i>
03 сир	102 <i>Brucella</i>
04 бутер	103 <i>Camphylobacter</i>
05 јаја и производи од јаја	104 <i>Cl. botulinum</i>
06 месо од топлокрв. животиња	105 <i>Cl. perfringens</i>
060100 говедина	106 <i>E. coli</i>
060800 телетина	107 <i>F. tularensis</i>
061500 свињетина	108 <i>Klebsiella</i>
063200 јагњетина	109 <i>Mycobacteria</i>
063500 пилетина	110 <i>Pseudomonas</i>
063800 ћуретина	111 <i>S. typhi</i> i <i>paratyphi</i> A.B.C.
063900 друга живина	112 <i>druge Salmonellae</i> (serotip)
070000 месни производи, осим 080000	113 <i>Shigella</i> (grupa)
080000 виршле	114 <i>Staphylococcus aureus</i>
100000 риба	115 <i>Str. fecalis</i>
110000 рибљи производи	116 <i>V. cholerae</i> и сродни вибриони
120000 крустаца, морске животиње	117 <i>Vibrio parahaemolyticus</i>
200000 мајонез, салата и др.	118 <i>Yersinia enterocolitica</i>
200400 месна салата	190 Друге бактерије
200500 рибља салата	200 Паразити и протозое
200800 кромпир салата	208 <i>Trichinellosis</i>
210000 пудинг, крем итд.	300 Вируси и рикеције
	400 Токсичне животиње
	500 Токсичне биљке
	600 Микотоксини итд.

Образак бр. 4 (Обр.бр. ДИ-07/4)

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 е-маил _____ Број под којим је заведена пријава _____

ЗБИРНА ПРИЈАВА*

за период од _____ до _____ године (за _____ недељу)

Обољење	Узраст оболелих у годинама								Укупно
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-59	60+	
A 38 Scarlatina									
A 56 Infectio sexualis chlamydialis									
B 01 Varicella									
B 86 Scabies									
J 02 Pharyngitis streptococcica									
J 03 Tonsillitis streptococcica									
J10 Influenza, virus identificatum									
J11 Influenza, virus non identificatum									
J12 Pneumonia viralis									
J 13 Pneumonia pneumococcica									
J 14 Pneumonia per Haemophilum influenzae									
J 15 Pneumonia bacterialis									

У _____
 Датум подношења пријаве

Презиме, име и факсимил
 доктора медицине

МП

* Смрт од наведене болести се пријављује Појединачном пријавом - Образац бр. 1 (Обр. бр. ДИ 07/1)

Образац бр. 5 (Обр.бр. ДИ-07/5)

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 е-маил _____ Број под којим је заведена пријава _____

ПРИЈАВА О МОГУЋНОСТИ ИНФЕКЦИЈЕ ВИРУСОМ БЕСНИЛА

Презиме, име једног родитеља и име озлеђеног лица _____
 Година рођења _____ ЈМБГ _____
 Занимање _____ Адреса _____
 Датум озледе _____ Место/Општина где је настало озлеђивање _____
 Локализација озледе _____ Број озледе: _____
 Опис озледе: лака тешка кроз одело контакт рана крварила
 Ујед/озледа провоциран/а: АТ заштита Редовна АТ заштита
 Да ли је раније антирабично третиран: да не
 Датум: _____ Вакцина: _____ Број доза: _____
 Врста животиње која је нанела озледу: _____ Група: А Б Ц Д
 животиња жива: животиња позната животиња вакцинисана
 животиња непозната: животиња: одлутала: убијена: угинула:
 Власник животиње _____ Адреса: _____
 Дат налог за ветеринарски надзор Датум издавања налога _____
 Датум пријема извештаја _____ Резултат надзора _____
 Лабораторијски преглед на беснило: ТФА (+) Биолошки оглед (+)
 Анамнеза: _____

АНТИРАБИЧНИ ТРЕТМАН

1. Локална обрада ране: датум _____ у здравственој установи _____
 Начин обраде ране: _____

2. Хумани антирабични имуноглобулин (ХРИГ):
 датум апликације _____ у здравственој установи _____
 место апликације: око ране у глутеални мишић
 Телесна маса пацијента _____ јединица ХРИГ-а _____
 Произвођач и серија ХРИГ-а: _____
 Нежељене реакције на ХРИГ: _____

3. Постекспозициона имунизација антирабичном вакцином

дани	датум имунизације	Лот. Бр.	Назив вакцине	Примедба/ реакције
0				
3				
7				
14				
28				

4. Контрола имунитета: Датум контроле: _____ Резултат: _____
 (Контрола имунитета обавезна код имунокомпромитованих особа и код озлеђених особа из група А и Б)
 у _____ Презиме, име и факсимил
 Датум подношења пријаве _____ доктора медицине

МП

СПИСАК АНТИБИОТИКА**

БЕТА ЛАКТАМСКИ АНТИБИОТИЦИ
PENICILINI
001 - Penicilin G
002 - Ampicilin
003 - Amoxicillin
004 - Amoxicillin + klavulonska kiselina
005 - Penicilin M:metacilin
006 - Piperacilin
KARBAPENEMI
007 - Imipenem
008 - Meropenem
009 - Drugi penicilinski antibiotik
CEFALOSPORINI
010 - Cephalexin
011 - Cefaclor
012 - Cefuroksim
013 - Cefotaksim
014 - Ceftriaxon
015 - Ceftazidim
016 - Cefpodoxim
017 - Cefepim
018 - Drugi cefalosporinski antibiotik
TETRACIKLINI
019 - Tetracyclin
MAKROLIDI
020 - Erythromycin
021 - Roxitromycin
LINKOZAMIDI
022 - Linkomycin
023 - Clindamycin
AMINOGLIKOZIDI
024 - Streptomycin
025 - Gentamicin
026 - Amikacin
027 - Netilmicin
HINOLONI
028 - Ofloksacin
029 - Ciproflaxacin
030 Nofloxacin
031 - Ostali
GLIKOPEPTIDI
032 - Vankomycin
CHLORAMPHENICOL
033 - Chloramphenicol
SULFONAMIDI I TRIMETROPERIM
034 - Sulfonamidi
DRUGI ANTIBIOTICI

БИ - Локализација болничке инфекције*

1.	Инфекције оперативног места
2.	Инфекције мочног система
3.	Инфекције крви
4.	Пнеумонија
5.	Инфекције коштаног-зглобног система
6.	Инфекције кардиоваскуларног система
7.	Инфекције централног нервног система
8.	Инфекције ока, уха и носа
9.	Инфекције система за варење
10.	Инфекције система за дисање
11.	Инфекције полног система
12.	Инфекције Инфекције коже и меких ткива
13.	Системске инфекције

Образац бр. 8 (Обр. бр. ДИ-07/8)

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 е-маил _____ Број под којим је заведена пријава _____

**ПРИЈАВА О ЛАБОРАТОРИЈСКИ УТВРЂЕНОМ УЗРОЧНИКУ
 ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ**

Подаци о болеснику/пацијенту

Презиме, име једног родитеља и име _____

ЈМБГ																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дан, месец и година рођења

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Пол: М Ж

Место становања, улица и број _____

Занимање/запослен у _____

Разлог узимања и слања материјала: _____

(дијагноза/симптоми)

Ко шаље материјал: _____

(правно лице, предузетник, физичко лице - лично)

(др медицине - име и презиме)

Датум пријема материјала у лабораторију (узорковања у лабораторији):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Врста узорка: _____

(навести)

Име/налаз анализе: _____

Резултат (врста узрочника - латински назив): _____

У _____

Датум подношења пријаве _____

Презиме, име и факсимил
доктора медицине микробиолога

МП _____

Образак бр. 9 (Обр. бр. ДИ-07/9)

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 е-маил _____ Број под којим је заведена пријава _____

ДОПУНСКА ПРИЈАВА - ОДЈАВА ТУБЕРКУЛОЗЕ И РЕЗИСТЕНЦИЈЕ *Mycobacterium tuberculosis**

_____ (Презиме) _____ (име једног родитеља) _____ (име) ЈМБГ _____
 _____ (Место рођења) _____ (Датум рођења) пол | м ж
 Брачно стање _____ Телефон _____ Држављанство _____
 Адреса _____ (место) _____ (Улица и број) _____ (Општина)
 Школска спрема _____ Пosaо који обавља _____
 ГДЕ ЈЕ ЗАПОСЛЕН ИЛИ СЕ ШКОЛУЈЕ _____ (за предшколску децу и назив установе, за војна лица број ВП)
 ДИЈАГНОЗА _____ ШИФРА МКБ _____

КЛАСИФИКАЦИЈА БОЛЕСТИ Плућна Ванплућна Локализација _____
 БОЛЕСТ УТВРЂЕНА БАКТЕРИОЛОШКИ микроскопски КАВЕРНА културом ДА НЕ
 ПАТОХИСТОЛОШКИ КЛИНИЧКИ ОСТАЛО _____

ТИП БОЛЕСНИКА _____ РИЗИЧНЕ ГРУПЕ _____
 НОВОБОЛЕЛИ Контакт
 РЕЦИДИВ Специјално угрожени
 НЕУСПЕШНО ЛЕЧЕЊЕ Бескућници
 ЛЕЧЕЊЕ ПОСЛЕ ПРЕКИДА Избеглице, расељена лица
 ДОСЕЉЕН Остали
 ОСТАЛИ _____ (навести)

ТРАЈАЊЕ СИМПТОМА ОД ПОЧЕТКА ТХ ЛЕЧЕЊА _____ ДАТУМ ПОЧЕТКА ЛЕЧЕЊА _____
 _____ (број недеља)
 РАНИЈЕ УТВРЂЕНА ОБОЉЕЊА _____ година обољевања _____ БЦГ ИМУНИЗАЦИЈА _____
 ДИЈАБЕТЕС _____ да Не
 ХИВ _____
 АЛКОХОЛИЗАМ _____
 ДРУГО _____ (навести)

ХОСПИТАЛИЗОВАН НЕ ДА _____ Установа _____ Датум _____ број дана хоспитализације

ИСХОД ЛЕЧЕЊА: _____ Датум _____ ВАКТЕРИОЛОШКА ДИЈАГНОСТИКА И РЕЗИСТЕНЦИЈА

Месеци	Датум	М	К (L _o w)	Р
0				
2				
5				

ИЗЛЕЧЕЊЕ
 ЗАВРШЕНО ЛЕЧЕЊЕ
 НЕУСПЕШНО ЛЕЧЕЊЕ
 ПРЕКИНУТО ЛЕЧЕЊЕ
 ОДСЕЉЕНИ У
 УМРО ОД ТБ
 УМРЛО ОД ДРУГЕ БОЛЕСТИ
 ЛЕЧЕЊЕ У ТОКУ

РЕЖИМ ЛЕЧЕЊА _____ иницијална фаза _____ продужна фаза _____ ПАТРОНАЖНЕ ПОСЕТЕ

КОНТАКТИ: укупно _____
 прегледано _____
 оболело _____

Датум пријаве _____ Датум одјаве _____ Презиме, име и факсимил доктора медицине _____

МП _____

* Видети упутство за полеђини пријаве (страна 2)

ТИП БОЛЕСНИКА

Новооболели: болесник који никада није лечен од туберкулозе или је узимао АТ лекове краће од четири недеље.

Рецидив (поновни случај туберкулозе): болесник који је раније лечен од туберкулозе и кога је лекар после комплетне cure АТ лекова прогласио излеченим од ма ког облика туберкулозе или је лечење завршено, а који поново има позитиван бактериолошки налаз (размаз или културу).

Неуспешно лечење: болесник коме је размаз спутума за време лечења остао или поново постао позитиван после више од пет месеци лечења.

Лечен после прекида: болесник који је прекинуо лечење током два или више месеци, а затим се поново јавља ради лечења и има позитиван бактериолошки налаз.

Премештен/досељен: болесник који је премештен из другог регистра туберкулозе да настави лечење.

Остали: у остале су сврстани болесници који се не уклапају у горе наведене категорије. Ова група укључује хроничне случајеве, односно болеснике који су бактериолошки позитивни по завршетку поновног режима лечења.

ИСХОД ЛЕЧЕЊА

Излечен: болесник са негативним размазом спутума у последњем месецу лечења и најмање једанпут пре тога.

Завршно лечење: болесник код кога је лечење завршено (стандардним режиму), али нема бактериолошког доказа туберкулозе на почетку и/или у току и на крају лечења дефинише радиографским и клиничким знацима излечења болести.

Неуспешно лечен: болесник који је остао или поново постао спутум директно позитиван пет и више месеци од почетка лечења.

Прекинуто лечење: болесник који је прекинуо лечење током два и више узастопних месеци.

Одсељен: болесник који је премештен у другу АТ јединицу и за кога исход лечења није познат.

Умро: болесник који је умро из било ког разлога током лечења ТВ

- умро због ТБ

- умро због друге болести.

Образац бр. 10 (Обр. бр. ДИ-08/7)

(подносилац пријаве)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
 Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
 е-маил _____ Број под којим је заведена пријава _____

**ПОЈЕДИНАЧНА ПРИЈАВА НОСИЛАШТВА АНТИТЕЛА НА ХИВ,
 ОБОЉЕЊЕ, ОДНОСНО СМРТ ОД ХИВ БОЛЕСТИ***

Презиме, име једног родитеља и име: _____

ЈМБГ Датум рођења Пол М Ж

Адреса сталног боравка и општина _____

Степен образовања и занимање _____

Држављанство (за странце) _____

Земља боравка у време откривања инфекције/болести _____

Датум првог анти-ХИВ позитивног теста: ХИВ 1 ХИВ 2 Датум последњег анти-ХИВ негативног теста: ХИВ 1 ХИВ 2

Врста теста којим је утврђена ХИВ позитивност: _____

Начин преношења ХИВ-а утврђен неутврђен - интравенска употреба дрога - хомосексуални контакт - хетеросексуални контакт** - примаоци крви крвних деривата трансплантата датум пријема - са мајке на дете (вертикална трансмисија)*** трансплантата - друго (навести): _____Клинички стадијум ХИВ инфекције: акутна инф. асимптоматска симптоматска (али није обољење)

Присуство других полно преносивих инфекција:

ХбсАГ позитиван негативан није тестиран Сифилис позитиван негативан није тестиран Анти-ХИВ позитиван негативан није тестиран Друго (навести) _____Датум обољевања:

Клиничке дијагнозе и шифре МКБ ****

1. _____ ш. МКБ

2. _____

3. _____

4. _____

ХААРТ: није уведен уведен Датум: Датум смрти: Узрок смрти: ХИВ болести Дијагноза: _____ ш. МКБ основно обољења Дијагноза: _____ друго _____ (уписати)у _____
Датум подношења пријавеПрезиме, име и факсимил
доктора медицине

М.П. _____

* видети упутство на полеђини пријаве (страна 2)

**** Ако је пацијент инфициран хетеросексуалним контактом навести подкатеорију:**

Сексуални партнер је бисексуалац
 Сексуални партнер је интравенски наркоман
 Сексуални партнер је хемофиличар или прималац трансфузије крви
 Сексуални партнер потиче или је боравио у земљи где је хетеросекс. трансмисија доминантна
 Сексуални партнер је ХИВ позитиван, а не припада већ наведеним категоријама
 Постоји уверење да је особа инфицирана хетеросексуалним контактом, али информације о факторима ризика и ХИВ статусу партнера нису доступне

***** Ако је дете инфицирано ХИВ-ом од мајке навести трансмисивну групу мајке:**

Мајка је интравенски наркоман
 Мајка је прималац трансфузије крви
 Мајка је инфицирана хетеросексуалним контактом, а не припада наведеним категоријама
 Остало/неодређено

****** Клиничке дијагнозе ХИВ болести и шифре МКБ:**

- В 20.1 Бактеријске инфекције, мултипле или рекурентне код деце испод 13 година живота
- В 20.4 Кандидијаза трахеје, бронха или плућа
- В 20.4 Кандидијаза једњака
- В 20.5 Кокцидиоидомикоза, дисеминована или екстрапулмонална
- В 20.5 Криптококоза, екстрапулмонална
- В 20.8 Криптоспоридиоза, хронична (> 1 месец), интестинална
- В 20.2 Цитомегаловирусно обољење било ког органа (осим јетре, слезине и лимфних жлезда) код пацијената старијих од месец дана
- В 20.2 Цитомегаловирусни ретинитис (са губитком вида)
- В 20.3 Херпес вирусна инфекција, хронична мукокутана (> 1 месец), или висцералних органа
- В 20.5 Хистоплазмоза, дисеминована или екстрапулмонална
- В 20.8 Изоспоријаза, хронична (> 1 месец), интестинална
- В 20.8 Микроспоридиоза
- В 20.0 *Mycobacterium avium complex* или *M. kansasii*, дисеминована или екстрапулмонална
- В 20.0 *Mycobacterium tuberculosis*, пулмонална код старијих од 13 година
- В 20.0 *Mycobacterium tuberculosis*, екстрапулмонална
- В 20.0 *Mycobacterium*, друге или неодређене врсте, екстрапулмонална или дисеминована
- В 20.6 *Pneumocystis carinii* пнеумонија
- В 20.1 Пнеумонија, рекурентна, бактеријска код старијих од 13 година
- В 20.3 Прогресивна мултифокална леукоенцефалопатија (ПМЛ)
- В 20.1 Салмонелозна сепса (искључујући *S. typhi*), рекурентна
- В 20.8 Стронгилоидоза, екстраинтестинална
- В 20.8 Токсоплазмоза мозга код пацијената старијих од месец дана
- В 21.0 Капошијев сарком
- В 21.1 Non-Hodgkin лимфом (Буркитов лимфом или еквивалент)
- В 21.2 Non-Hodgkin имунобластни лимфом (или еквивалент)
- В 21.3 Примарни лимфом мозга
- В 21.8 Цервикални карцином, инвазивни код старијих од 13 година
- В 22.2 ХИВ кахектични синдром
- В 22.0 ХИВ енцефалопатија ("AIDS dementia complex" - ADC)
- В 22.1 Лимфоидна интерстицијална пнеумонија (ЛИП) код деце млађе од 13 година
- В 20.9 Опортунистичка инфекција, неодређена
- В 21.9 Лимфом, неодређен

Образац бр. 11 (Обр. бр. СИ-07/1)

(подносилац извештаја)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
е-маил _____ Број под којим је заведен извештај _____

СЕДМОДНЕВНИ ИЗВЕШТАЈ О КРЕТАЊУ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

за период од _____ до _____ године за недељу __

У _____
Датум подношења пријаве

МП

ДИРЕКТОР

Образац бр. 12 (Обр. бр. СИ-07/2)

(подносилац извештаја)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република
Србија
Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс:

е-маил _____ Број под којим је заведен извештај _____

МЕСЕЧНИ ИЗВЕШТАЈ О КРЕТАЊУ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ
за месец _____ године

У _____
Датум подношења пријаве

МП

ДИРЕКТОР

Образац бр. 13 (Обр бр. СИ-07/3)

(подносилац извештаја)

Место _____ Општина _____ Округ _____ Република Србија
Улица и број: _____ Телефон: _____ Факс: _____
е-маил _____ Број под којим је заведен извештај _____

ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О КРЕТАЊУ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ
за _____ године

У _____
Датум подношења пријаве

МП

ДИРЕКТОР

