

Министерство за здравство на Република Македонија
Институт за јавно здравје на Република Македонија

Назив на здравствена установа (ЈЗУ/ПЗУ)

Единствен матичен број на субјектот

Назив на организациона единица

Реден број на организационата единица во состав

Населено место*

Општина

ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА НЕСРЕЌА – ПОВРЕДИ НА РАБОТА

А. ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ – пополнува доктор или стручно медицинско лице

1. Име и презиме (за мажени и моминско)

2. Име на еден од родителите или само иницијали

3. Единствен матичен број на граѓанинот од л.к. (ЕМБГ)

4. Број на здравствена картичка/здравствена легитимација:

5. Пол: машки 1; женски 2

6. Ден, месец и година на раѓање **ддммгггг**

7. Место на раѓање

8. Етничка припадност:

- | | | |
|----------------------|---|--------------------------|
| Македонска | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Албанска | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Турска | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Ромска | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Влашка | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Српска | 6 | <input type="checkbox"/> |
| Бошњачка | 7 | <input type="checkbox"/> |
| Друго (специфицирај) | 8 | <input type="text"/> |
| Непознато | 9 | <input type="checkbox"/> |

9. Вероисповест :

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| Православна христијанска | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Католичка | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Муслиманска | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Друго (специфицирај) | 8 | <input type="text"/> |
| Непознато | 9 | <input type="checkbox"/> |

10. Државјанство

11. Брачна состојба (законска):

Неженет-немажена 1

Женет-мажена 2

Вдовец-вдовица 3

Разведен-разведена 4

вонбрачна заедница 5

Друго (специфицирај) 8

Непознато 9

10. Највисоко завршено училиште/школа

Без образование 1

1-4 одд. ОУ 2

5-7 одд. ОУ 3

Основно училиште 4

Средно училиште со две, со три, со четиригодишно траење 5

Виша школа 6

Висока школа, факултет, академија 7

Магистратура 8

Докторат 9

13. Место и адреса на постојано живеење:

Место

Општина

Адреса:

14. Вработување статус:

Редовна работа 1

Привремено не вработен-а 2

Ученик** 3

Студент** 4

Земјоделец 5

Самостојна дејност 6

Непознато 9

* ** да се објасни каде _____

15. Основ на здравствено осигурување

Лично осигуреник 1

Осигурено лице преку родител 2

Примател на основен пакет на здравствени услуги 3

Друго (специфицирај) 8

Непознато 9

Број на здравствено осигурување

Б. ПОДАТОЦИ ЗА РАБОТОДАВАЧОТ

(пополнува работодавачот или стручното лице за безбедност на работа)

16. Работодавач (име на работната организација, адреса, контакт телефон, емаил)

17. Шифра на дејност на работодавачот*

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

18. Регистарски број

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

Место

--

(*според ДСЗ)

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

Општина

--

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

19. Број на вработени (според ESAW-класификација)

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

20. Занимање**

1	1	1	1	.	0	1
---	---	---	---	---	---	---

21. Работникот е распореден на работно место

--

22. Место на обавување на работата:

Улица и број

--

Објект/градилиште

--

Место и општина

--

23. Вкупен работен стаж на работникот

--	--

24. Работен стаж на сегашното работно место (во години)

--	--

25. Дали има умрени на местото на несреќата

Ако е одговорот е ДА наведете колку

да не

26. Вкупно колку лица се повредени во несреќата

--	--	--

27. Дали порано имало слична несреќа на истото работно место

да не

28. Извор на несреќата

--

29. Надворешна причина

--

30. Дали вработениот има важечки лекарски извештај за извршен претходен и/или периодичен преглед

да не

31. Дијагноза и шифра на болеста според МКБ-10

--	--	--	--	--

32. Дијагноза за надворешната причина за повредата според МКБ-10

--	--	--	--	--

33. Детали за повредата на работа

--

а) Дата на настанување на повредата

ч	ч	д	д	м	м	г	г	г	г
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

б) Место на настанување на повредата

- при доаѓање – враќање од работа

- на работно место

- на службен пат

- при доаѓање – враќање од работа

34. Ако повредата се случила на работно место пополнете

а) опис на местото на настанување на повредата

--

б) опис на работната задача за време на настанување на повредата

--

35. Име и адреса на сведок на настанувањето на повредата на работа

36. Дали повредениот боледува од некоја друга болест да не
(според МКБ)

37. Дали повредениот порано претрпел несреќа – повреда на работа да не
(според МКБ)

38. Дали постои сомнеж дека повредениот бил под дејство на психоактивни супстанции за време на повредата да не

39. Дали работникот работи на работно место со зголемен ризик да не

40. Дали вработениот има важечки лекарски извештај за извршен претходен и/или периодичен преглед да не

41. Користење на лични заштитни средства и опрема на работно место:

а) Дали е утврдена потреба за користење на лични заштитни средства и опрема да не

б) Дали работникот користел лични заштитни средства и опрема при обавување на работата да не

42. Дали постои доказ дека на работникот му се дадени соодветни лични заштитни средства да не

43. Дали на работното место се применети општи и посебни мерки за заштита на работа
Ако е одговорот е ДА, наведете кои _____ да не

44. Дали работникот користи боловање поради оваа повреда да не
Ако одговорот е ДА, наведете колку денови _____

- до 3 дена

- од 4 до 15 денови

- повеќе од 15 денови

45. Работна способност:

Способен за работа 1

Привремено неспособен за работа 2

Трајно неспособен за работа 3

46. Исход на лекувањето

Излекуван 1

Подобрен 2

Неизлекуван 3

Умрен - обдуциран 4

Умрен - необдуциран 5

Дијагноза (причина за смртта) 6 (шифра МКБ)

Други оценки и забелешки 7

**В) ПОДАТОЦИ ЗА ОДГОВОРНОТО ЛИЦЕ
ЗА БЕЗБЕДНОСТ НА РАБОТА**

47. Име и презиме

48. Адреса (улица, број, место на живеење, поштенски број, општина, контакт, телефон, електронска адреса адреса)

Име и презиме на лекар _____

Број на лиценца

Факсимил на лекар

Печат и потпис на лекар _____

Печат на здравствената установа

Забелешка: Ако едно лице заболи од две или повеќе професионални болести, пријавата се пополнува за секоја болест посебно. (пријавата се пополнува во два примерока)

DRAFT