

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

Албанска 2

Турска 3

Ромска 4

Влашка 5

Српска 6

Бошњачка 7

Друго (специфицирај) 8

Непознато 9

9. Вероисповест :

Православна христијанска 1

Католичка 2

Муслиманска 3

Друго (специфицирај) 8

Непознато 9

10.	Државјанство		<input type="text"/>
11.	Брачна состојба (законска):		
	Неженет-немажена	1	<input type="checkbox"/>
	Женет-мажена	2	<input type="checkbox"/>
	Вдовец-вдовица	3	<input type="checkbox"/>
	Разведен-разведена	4	<input type="checkbox"/>
	вонбрачна заедница	5	<input type="checkbox"/>
	Друго (специфицирај)	8	<input type="text"/>
	Непознато	9	<input type="checkbox"/>
10.	Највисоко завршено училиште/школа		
	Без образование	1	<input type="checkbox"/>
	1-4 одд. ОУ	2	<input type="checkbox"/>
	5-7 одд. ОУ	3	<input type="checkbox"/>
	Основно училиште	4	<input type="checkbox"/>
	Средно училиште со две, со три, со четиригодишно траење	5	<input type="checkbox"/>
	Виша школа	6	<input type="checkbox"/>
	Висока школа, факултет, академија	7	<input type="checkbox"/>
	Магистратура	8	<input type="checkbox"/>
	Докторат	9	<input type="checkbox"/>
13.	Место и адреса на постојано живеење:		
	Место		<input type="text"/>
	Општина		<input type="text"/>
	Адреса:		<input type="text"/>
14.	Вработување статус:		
	Редовна работа	1	<input type="checkbox"/>
	Привремено не вработен-а	2	<input type="checkbox"/>
	Ученик**	3	<input type="checkbox"/>
	Студент**	4	<input type="checkbox"/>
	Земјоделец	5	<input type="checkbox"/>
	Самостојна дејност	6	<input type="checkbox"/>
	Непознато	9	<input type="checkbox"/>
	* ** да се објасни каде _____		
15.	Основ на здравствено осигурување		
	Лично осигуреник	1	<input type="checkbox"/>
	Осигурено лице преку родител	2	<input type="checkbox"/>
	Примател на основен пакет на здравствени услуги	3	<input type="checkbox"/>
	Друго (специфицирај)	8	<input type="text"/>
	Непознато	9	<input type="checkbox"/>
	Број на здравствено осигурување		<input type="text"/>

## 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