

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

Назив на здравствена установа (ЈЗУ/ПЗУ)	<input type="text"/>
Единствен матичен број на субјектот	<input type="text"/>
Назив на организациона единица	<input type="text"/>
Реден број на организационата единица во состав	<input type="text"/>
Населено место*	<input type="text"/>
Општина	<input type="text"/>

ИНДИВИДУАЛЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНА БОЛЕСТ

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

1. Име и презиме (за мажени и моминско)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
2. Име на еден од родителите или само иницијали	<input type="text"/>
3. Единствен матичен број на граѓанинот од л.к. (ЕМБГ)	<input type="text"/>
4. Број на здравствена картичка/здравствена легитимација:	<input type="text"/>
5. Пол: машки 1; женски 2	<input type="checkbox"/>
6. Ден, месец и година на раѓање	ддммгггг <input type="text"/>
7. Место на раѓање	<input type="text"/>
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		<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"/>
11а.	Дали живее во вонбрачна заедница		
	Да	1	<input type="checkbox"/>
	Не	2	<input type="checkbox"/>
12.	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"/>
13.	Економски 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"/>
	Пензионер	5	<input type="checkbox"/>
	земјоделец	7	<input type="checkbox"/>
	Самостојна дејност	8	<input type="checkbox"/>
	Непознато	9	<input type="checkbox"/>
	* да се објасни каде		<input type="text"/>
14.	Основ на здравствено осигурување:		
	Лично осигуреник	1	<input type="checkbox"/>
	Осигурено лице преку сопруг-а	2	<input type="checkbox"/>
	Осигурено лице преку родител	3	<input type="checkbox"/>
	Неосигурено лице	4	<input type="checkbox"/>
	Друго (специфицирај)	8	<input type="text"/>
	Непознато	9	<input type="checkbox"/>

Б. ПОДАТОЦИ ЗА РАБОТОДАВАЧОТ

(пополнува работодавачот или стручното лице за безбедност при работа)

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

17. Шифра на дејност на работодавачот*

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

18. Регистарски број

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

Место

--

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

Општина

--

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

19. Број на вработени (според ESAW-класификација)

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

19. Занимање**

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

20. Работникот е распореден на работно место _____

21. Место на обавување на работата:

Улица и број

--

Објект/градилиште

--

Место и општина

--

22. Вкупен работен стаж на работникот

--	--

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

--	--

24. Дали професионалната болест е последица на работата што работникот претходно ја обавувал

Ако е одговорот е ДА, наведете го работното место и изложеноста

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Работно место _____ Изложеност (во години)

--	--	--	--

25. Дали професионалната болест е последица на сегашната работа

да	<input type="checkbox"/>	не	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

26. Дали работникот работи на работно место со зголемен ризик

да	<input type="checkbox"/>	не	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

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

да	<input type="checkbox"/>	не	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

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

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

да	<input type="checkbox"/>	не	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

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

да	<input type="checkbox"/>	не	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

29. Дали постои доказ дека на работникот му се дадени соодветни лични заштитни средства да не
30. Дали на работното место се применети општи и посебни мерки за заштита на работа да не
Ако е одговорот е ДА, наведете кои _____
31. Дали на работното место е утврдена иста професионална болест кај други работници да не
Ако е ДА, кај колку: _____
32. Дали на истото работно место е утврдена друга професионална болест да не
Ако е ДА, пополнете ја: _____
33. Вид на професионална штетност – етиолошки агенс на болеста:
- Хемиски да 1 не 0
- Физички да 1 не 0
- Биолошки да 1 не 0
- Друго да 1 не 0
34. Дијагноза и шифра на болеста според МКБ
35. Реден број на болеста според Правилникот за листата на професионалните болести .
36. Дата на утврдување на дијагнозата Д Д М М Г Г Г Г
37. 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
38. Работна способност:
- Способен за работа 1
- Привремено неспособен за работа 2
- Трајно неспособен за работа 3
39. 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 8

В) СТРУЧНО ЛИЦЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТ ПРИ РАБОТА

40. Име и презиме

41. 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)