



Institut za lečenje i rehabilitaciju "Niška Banja", Niš u Niškoj Banji
 Ul. Srpskih junaka br.2, 18205 Niška Banja, tel. 018/502-000, 502-045; fax 018/ 549-084
 Mat.br. 07210582, Tekući rač. 840-567661-77 kod Uprave za javna plaćanja, PIB 101466671.

ODELJENJE _____

Istorija bolesti broj _____

OBAVEŠTEN/A SAM O:

- DIJAGNOZI I PROGNOZI BOLESTI KOJA GLASI: _____
- KRATAK OPIS, CILJ I KORIST OD PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE, VREME TRAJANJA I MOGUĆE POSLEDICE PREDUZIMANJA ILI NEPREDUZIMANJA ISTE:

Farmakološki stres ehokardiografski test izvodi se intravenskom primenom leka (dobutamina ili dipiridamola) uz kontinuirano praćenje elektrokardiograma i ehokardiograma, merenje srčane frekvence i krvnog pritiska. Cilj testa je procena koronarne rezerve i funkcije srca. Trajanje testa zavisi od stanja kardiovaskularnog sistema pacijenata, te može biti od 1 do 45 minuta. Na osnovu nalaza testa planira se dalja terapija (lekovima) ili se daje predlog za dalju dijagnostiku (koronarografiju).

- VRSTU I VEROVATNOĆU MOGUĆIH RIZIKA, BOLNE I DRUGE SPOREDNE ILI TRAJNE POSLEDICE: U retkim slučajevima može se javiti inteziviranje simptoma i znakova osnovne bolesti (bol u grudima, aritmije, izraženiji porast krvnog pritiska). Ozbiljnije komplikacije su veoma retke, s obzirom da se stanje pacijenta prati klinički, elektrokardiografski i ehokardiografski. U slučaju pojave komplikacija ova ustanova ima sve mogućnosti za sprovođenje daljeg lečenja.

- ALTERNATIVNE METODE LEČENJA: _____

- MOGUĆE PROMENE PACIJENTOVOG STANJA POSLE PREDUZIMANJA PREDLOŽENIH MERA, KAO I MOGUĆE NUŽNE PROMENE U NAČINU ŽIVOTA:

Izvođenje farmakološkog stres ehokardiografskog testa ima za cilj da isključi ili utvrdi postojanje koronarne bolesti, stepen njene težine i da proceni efekte primenjene terapije. Na osnovu nalaza dobijenog ovim testom donosi se odluka o potrebi za upućivanje pacijenta na druge, složenije, dijagnostičke procedure (koronarografija, CT, NMR).

- DEJSTVA LEKOVA I MOGUĆE SPOREDNE POSLEDICE TOG DEJSTVA:

Davanje dobutamina ili dipiridamola može biti praćeno lakom glavoboljom, ili retko pojačanjem simptoma osnovne bolesti (bol u grudima).

**I PRISTAJEM NA PREDLOŽENU MEDICINSKU MERU
 SHODNO ČL. 28 I 32. ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 ("Službeni glasnik RS" br. 107/05)**

Datum: 25. april 2012. god.

 potpis pacijenta ili člana uže porodice

UKOLIKO PACIJENT ODBIJE DA DA PRISTANAK ZDRAVSTVENI RADNIK JE U OBAVEZI DA MU UKAŽE NA POSLEDICE NJEGOVE ODLUKE O ODBIJANJU PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE. POSLEDICE SU: Bez farmakološkog stres ehokardiografskog testa naporom nije moguće proceniti stanje kardiovaskularnog sistema pacijenta, dati savet za nivo bezbedne svakodnevne fizičke aktivnosti, propisati adekvatnu medikamentnu terapiju i doneti odluku o potrebi za koronarografijom.

**UKAZANO MI JE NA POSLEDICE MOJE ODLUKE O ODBIJANJU
 PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE
 SHODNO ČL. 33 ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Datum: 25. april 2012. god.

 potpis pacijenta ili člana uže porodice

**UKOLIKO PACIJENT ODBIJE DA DA NAPRED NAVEDENU IZJAVU, SAČINJAVA SE SLEDEĆA
 SLUŽBENA BELEŠKA**

PACIJENT (ILI ČLAN UŽE PORODICE) _____ ODBIO JE DA DA ODOBRENJE
 ZA PREDLOŽENU MEDICINSKU MERU _____
 DANA 25. april 2012. GOD.

 zdravstveni radnik



Institut za lečenje i rehabilitaciju "Niška Banja", Niš u Niškoj Banji

Ul. Srpskih junaka br.2, 18205 Niška Banja, tel. 018/502-000, 502-045; fax 018/549-084

Mat. br. 07210582, Tekući rač. 840-567661-77 kod Uprave za javna plaćanja, PIB 101466671

ODELJENJE _____ Istorija bolesti broj _____

OBAVEŠTEN/A SAM O:

- DIJAGNOZI I PROGNOZI BOLESTI KOJA GLASI: _____
- KRATAK OPIS, CILJ I KORIST OD PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE, VREME TRAJANJA I MOGUĆE POSLEDICE PREDUZIMANJA ILI NE PREDUZIMANJA ISTE:

Test fizičkim opterećenjem se radi na ergometar biciklu ili pokretnoj traci za procenu fizičkog kapaciteta i koronarne rezerve bolesnika. Na osnovu ovog testa planira se i sprovodi dozirani fizički trening i procenjuje efekat rehabilitacije. Trajanje testa zavisi od funkcionalnog stanja bolesnika i može trajati od 1 do 25 minuta.

- VRSTU I VEROVATNOĆU MOGUĆIH RIZIKA, BOLNE I DRUGE SPOREDNE ILI TRAJNE POSLEDICE:

U veoma retkim slučajevima može doći do pogoršanja stanja bolesnika (angina, aritmije) ali su ozbiljne komplikacije veoma retke ukoliko se poštuju pravila izvođenja testa i kontraindikacije.

- ALTERNATIVNE METODE LEČENJA:

- MOGUĆE PROMENE PACIJENTOVOG STANJA POSLE PREDUZIMANJA PREDLOŽENIH MERA, KAO I MOGUĆE NUŽNE PROMENE U NAČINU ŽIVOTA:

Test služi i za dijagnostiku srčanih bolesti i na osnovu tog nalaza planira se dalji proces lečenja i složenije dijagnostike (stres echo, koronarografija). U slučaju veoma retkih komplikacija ova ustanova ima sve mogućnosti daljeg lečenja.

- DEJSTVA LEKOVA I MOGUĆE SPOREDNE POSLEDICE TOG DEJSTVA: _____

I PRISTAJEM NA PREDLOŽENU MEDICINSKU MERU SHODNO ČL. 28. I 32. ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI (“Službeni glasnik RS” br.107/05)

Datum: _____ god.

potpis pacijenta ili člana uže porodice

UKOLIKO PACIJENT ODBIJE DA DA PRISTANAK, ZDRAVSTVENI RADNIK JE U OBAVEZI DA MU UKAŽE NA POSLEDICE NJEGOVE ODLUKE O ODBIJANJU PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE. POSLEDICE SU:

Bez testa fizičkim opterećenjem nemoguće je proceniti kardiovaskularni status bolesnika, sprovesti adekvatnu rehabilitaciju i doneti odluku o daljem načinu lečenja.

UKAZANO MI JE NA POSLEDICE MOJE ODLUKE O ODBIJANJU PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE SHODNO ČL. 33 ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Datum: _____ god.

potpis pacijenta ili člana uže porodice

UKOLIKO PACIJENT ODBIJE DA DA NAPRED NAVEDENU IZJAVU, SAČINJAVA SE SLEDEĆA SLUŽBENA BELEŠKA

PACIJENT (ILI ČLAN UŽE PORODICE) _____ ODBIO JE DA DA ODOBRENJE
ZA PREDLOŽENU MEDICINSKU MERU _____

DANA: _____ god.

zdravstveni radnik



Institut za lečenje i rehabilitaciju "Niška Banja", Niš u Niškoj Banji

Ul. Srpskih junaka br.2, 18205 Niška Banja, tel. 018/502-000, 502-045; fax 018/549-084

Mat. br. 07210582, Tekući rač. **840-567661-77** kod Uprave za javna plaćanja, PIB 101466671

ODELJENJE _____

Istorija bolesti broj _____

OBAVEŠTEN/A SAM PRI PRIJEMU U INSTITUT NA REHABILITACIJU O:

- DIJAGNOZI I PROGNOZI BOLESTI KOJA GLASI: _____
- KRATAK OPIS, CILJ I KORIST OD PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE, VREME TRAJANJA I MOGUĆE POSLEDICE PREDUZIMANJA ILI NE PREDUZIMANJA ISTE:

Objašnjeno mi je da će se tokom rehabilitacije sprovoditi svakodnevne vizite, tokom kojih će mi se procenjivati zdravstveno stanje i sprovoditi neophodna terapija. Urađiću mi se dijagnostičke metode, o kojima ću biti blagovremeno i detaljno obavešten/a i dati pisani pristanak. Nakon neophodnog ispitivanja dobiću otpusnu listu s opisom preduzetih mera, kao i uputstvo za dalje lečenje, ispitivanje i način življenja uz prognozu bolesti.

- VRSTU I VEROVATNOĆU MOGUĆIH RIZIKA, BOLNE I DRUGE SPOREDNE ILI TRAJNE POSLEDICE:

Predočeni su mi mogući rizici (razumljivo), bolne procedure, posledice, kao i koristi od planiranih dijagnostičkih i terapijskih mera za čije izvođenje ću lično dati pisani pristanak, a nakon detaljnog objašnjenja. Planirano je:

- ALTERNATIVNE METODE LEČENJA:

- MOGUĆE PROMENE PACIJENTOVOG STANJA POSLE PREDUZIMANJA PREDLOŽENIH MERA, KAO I MOGUĆE NUŽNE PROMENE U NAČINU ŽIVOTA:

Ukazano mi je na moguće promene mog stanja posle neophodnih dijagnostičkih i terapijskih mera. U slučaju predviđenih komplikacija, objašnjeno mi je da ova ustanova ima sve mogućnosti daljeg lečenja.

- DEJSTVA LEKOVA I MOGUĆE SPOREDNE POSLEDICE TOG DEJSTVA: Moguće posledice, pored alergije, su: _____

_____ potpis i faksimil lekara

Datum: _____ god.

_____ potpis pacijenta ili člana uže porodice

I PRISTAJEM NA PREDLOŽENU MEDICINSKU MERU SHODNO ČL. 28. I 32. ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI ("Službeni glasnik RS" br.107/05)

UKOLIKO PACIJENT ODBIJE DA DA PRISTANAK, ZDRAVSTVENI RADNIK JE U OBAVEZI DA MU UKAŽE NA POSLEDICE NJEGOVE ODLUKE O ODBIJANJU PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE. POSLEDICE SU:

Neprihvatanje rehabilitacije vodi u nepotpuno sagledavanje zdravstvenog stanja, usporni oporavak, kao i moguće neadekvatno lečenje. Mogući ishod bolesti: _____

_____ potpis i faksimil lekara

Datum: _____ god.

_____ potpis pacijenta ili člana uže porodice

UKAZANO MI JE NA POSLEDICE MOJE ODLUKE O ODBIJANJU PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE SHODNO ČL. 33 ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Datum: _____ god.

_____ potpis pacijenta ili člana uže porodice

UKOLIKO PACIJENT ODBIJE DA DA NAPRED NAVEDENU IZJAVU, SAČINJAVA SE SLEDEĆA SLUŽBENA BELEŠKA

PACIJENT (ILI ČLAN UŽE PORODICE) _____ ODBIO JE DA DA ODOBRENJE ZA PREDLOŽENU MEDICINSKU MERU _____

DANA: _____ god.

_____ zdravstveni radnik



Institut za lečenje i rehabilitaciju "Niška Banja", Niš u Niškoj Banji
Ul. Srpskih junaka br.2, 18205 Niška Banja, tel. 018/502-000, 502-045; fax 018/549-084
Mat. br. 07210582, Tekući rač. 840-567661-77 kod Uprave za javna plaćanja, PIB 101466671

ODELJENJE _____

Istorija bolesti broj _____

OBAVEŠTEN/A SAM PRI PRIJEMU U INSTITUT NA BOLNIČKO LEČENJE O:

• **DIJAGNOZI I PROGNOZI BOLESTI KOJA GLASI:** _____

• **KRATAK OPIS, CILJ I KORIST OD PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE, VREME TRAJANJA I MOGUĆE POSLEDICE PREDUZIMANJA ILI NE PREDUZIMANJA ISTE:**

Objašnjeno mi je da će se tokom bolničkog lečenja sprovoditi svakodnevne vizite, tokom kojih će mi se procenjivati zdravstveno stanje i sprovoditi neophodna terapija. Urađiću mi se dijagnostičke metode, o kojima ću biti blagovremeno i detaljno obavešten/a i dati pisani pristanak. Nakon neophodnog ispitivanja dobiću otpusnu listu s opisom preduzetih mera, kao i uputstvo za dalje lečenje, ispitivanje i način življenja uz prognozu bolesti.

• **VRSTU I VEROVATNOĆU MOGUĆIH RIZIKA, BOLNE I DRUGE SPOREDNE ILI TRAJNE POSLEDICE:**

Predloženi su mi mogući rizici (razumljivo), bolne procedure, posledice, kao i koristi od planiranih dijagnostičkih i terapijskih mera za čije izvođenje ću lično dati pisani pristanak, a nakon detaljnog objašnjenja. Planirano je:

• **ALTERNATIVNE METODE LEČENJA:** _____

• **MOGUĆE PROMENE PACIJENTOVOG STANJA POSLE PREDUZIMANJA PREDLOŽENIH MERA, KAO I MOGUĆE NUŽNE PROMENE U NAČINU ŽIVOTA:**

Ukazano mi je na moguće promene mog stanja posle neophodnih dijagnostičkih i terapijskih mera. U slučaju predviđenih komplikacija, objašnjeno mi je da ova ustanova ima sve mogućnosti daljeg lečenja.

• **DEJSTVA LEKOVA I MOGUĆE SPOREDNE POSLEDICE TOG DEJSTVA:** Moguće posledice, pored alergije, su: _____

potpis i faksimil lekara

Datum: _____ god.

potpis pacijenta ili člana uže porodice

I PRISTAJEM NA PREDLOŽENU MEDICINSKU MERU SHODNO ČL. 28. I 32. ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI ("Službeni glasnik RS" br.107/05)

UKOLIKO PACIJENT ODBIJE DA DA PRISTANAK, ZDRAVSTVENI RADNIK JE U OBAVEZI DA MU UKAŽE NA POSLEDICE NJEGOVE ODLUKE O ODBIJANJU PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE. POSLEDICE SU:

Neprihvatanje bolničkog lečenja vodi u nepotpuno sagledavanje zdravstvenog stanja, kao i moguće neadekvatno lečenje. Mogući ishod bolesti: _____

potpis i faksimil lekara

Datum: _____ god.

potpis pacijenta ili člana uže porodice

UKAZANO MI JE NA POSLEDICE MOJE ODLUKE O ODBIJANJU PREDLOŽENE MEDICINSKE MERE SHODNO ČL. 33 ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Datum: _____ god.

potpis pacijenta ili člana uže porodice

UKOLIKO PACIJENT ODBIJE DA DA NAPRED NAVEDENU IZJAVU, SAČINJAVA SE SLEDEĆA SLUŽBENA BELEŠKA

PACIJENT (ILI ČLAN UŽE PORODICE) _____ ODBIO JE DA DA ODOBRENJE ZA PREDLOŽENU MEDICINSKU MERU _____

**INSTITUT ZA KLINICKU, EKSPERIMENTALNU PATOLOGIJU I PATOLOŠKU ANATOMIJU
MEDICINSKOG FAKULTETA, NIS**

Ko šalje: _____ (Zajed. zdr. osiguranja i broj uplata)
 Ko snosi troškove: _____ (Nosilac osiguranja)
 Broj istorije bolesti: _____ (Ustanova u kojoj radi)
 Broj ranije biopsije: _____ (Broj zdr. knjižice)
 _____ (Registarski broj) (Sifra delatnosti)

Zahtev kliničko-patološki pregled

EX TEMPORE; PARAFINSKA BIOPSIJA; HISTOHEMIJA; ENZIMOHISTOHEMIJA; CITODIJAGNOSTIKA; CITOGNETIKA; IMUNOPATOLOŠKO ISPITIVANJE; ELEKTRONSKA MIKROSKOPIJA.*

Ime i prezime _____, god. st. _____ pol _____

Zanimanje _____, mesto boravka _____

Šta se šalje na pregled: _____

Kakav se pregled zahteva: _____

Klinička dijagnoza: _____

PODACI O BOLESTI

Klinički lekar,

Datum uzimanja materijala: _____

Popuniti sve predviđene podatke na mašini sa indigom. Materijal bez odgovarajućih podataka neće biti primljen za obradu.

* Zaokružiti vrstu zahteva za kliničko- patološki pregled.

IZVEŠTAJ O REZULTATU KLINICKO-PATOLOŠKOG PREGLEDA

Br. pregleda: _____/199__

Datum prijema materijala: _____

Dež. med. tehničar: _____ Dež. patolog: _____

Metode obrade materijala: _____

Direktor Instituta,

Datum _____ 199__

Klinički patolog,

INSTITUT ZA REUMATIČNE
I KARDIOVASKULARNE
BOLESNIKE
NIŠKA BANJA

BOLESNIČKI DNEVNIK
ZA
HOLTER MONITORING

Vreme	Aktivnost	Tegobe

(Prezime i ime)

(Adresa)

(datum) (čas)

HOLTER MONITORING je dijagnostička metoda kojom se prati elektrokardiogram u toku 24 časa.

VAŽNA UPOZORENJA!

- Ne dozvolite da se aparat ovlaži, mehanički ili električni oštetiti;
- Ne vadite aparat iz futrole;
- Kada osetite neke srčane tegobe lagano i kratkotrajno pritisnite žuto dugme na aparatu i ubeležite vreme i aktivnost u dnevnik.

[illegible]



LABARATORIJA ZA EHOKARDIOGRAFIJU

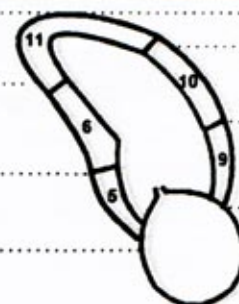
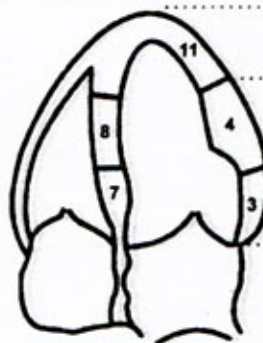
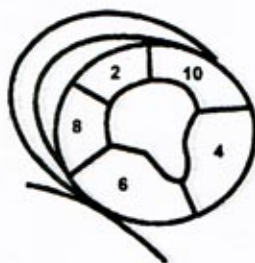
STRES TEST EHOKARDIOGRAFIJA

RED. BR.

IME I PREZIME

G. ROĐENJA

DATUM



Apikalni

Medijalni

Bazalni

Analiza segmentne kinetike

Segment	pre		posle		Legenda	
	bazalni	medijalni	bazalni	medijalni		
Anterior IVS	1.	2.	1.	2.	1 normokinezija	
Lateral	3.	4.	3.	4.		
Inferior	5.	6.	5.	6.		
Posterior	7.	8.	7.	8.		
Ant. Free Wall	9.	10.	9.	10.	2 hipokinezija	
Apex	11.		11.		3 akinezija	
					4 diskinezija	



LABORATORIJA ZA EHOKARDIOGRAFIJU
EHOKARDIOGRAFSKI NALAZ

RED. BR.

IME I PREZIME

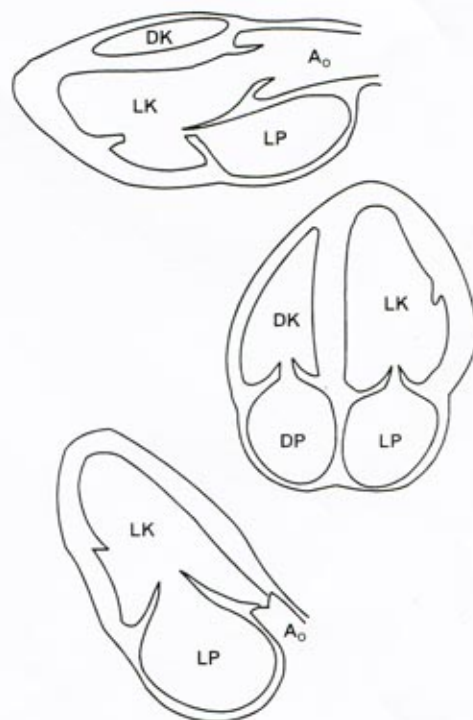
G. RODENJA

DATUM

LEVA KOMORA	Nađena vred.	Normalno
EDD		39 - 56 mm
ESD		24 - 41 mm
FS		28 - 42 %
EF		64 - 75 %
SEPTUM		7 - 11 mm
ZADNJI ZID		7 - 11 mm

DESNA KOMORA		10 - 25 mm
KOREN AORTE		20 - 37 mm
SEPARACIJA KUSPISA		15 - 26 mm
LEVA PRETKOMORA		20 - 40 mm

HEMODINAMSKI PARAMETRI	Vmax m/s	PG mmHg	Površ. ušća	Regurg.
MITRALNI PROTOK		MVA		
AORTNI PROTOK		AVA		
TRIKUSPIDNI PROTOK		SPDK		
PULMONALNI PROTOK				



INSTITUT ZA PREVENCIJU, LEČENJE
I REHABILITACIJU REUMATSKIH
I KARDIOVASKULARNIH BOLESTI
"NIŠKA BANJA"
NIŠKA BANJA

Br. knjižice _____

Reg. br. _____

Šifra _____

Zavod koji plaća troškove _____

Zanimanje _____

Rad. organizacija _____

Kod. porod. osig. ime nosioca osig. _____

Mesto stalnog boravka _____

Mat. broj _____ 20 _____

Ime i prezime _____

Dijagnoza _____

Šta se šalje _____

Šta se traži _____

Ko snosi troškove _____

Lekar,

N A L A Z:

Lab. broj _____

Uradio

Overava:

СПРОВОДНИЦА

ЗА ПРЕНОС МРТВАЦА

А. Подаци о мртвацу:

1. Породично (за удате жене и девојачко), очево и рођено име	
2. Дан, месец, година, место и земља рођења	
3. Држављанство	
4. Час, дан, месец, година, место и земља кад и где је смрт наступила	
5. Узрок смрти (на латинском и народном језику)	
6. Да ли је мртац био сахрањен	

Б. Остали подаци

1. Место, срез, република односно земља у коју се преноси мртац	
2. Превозно средство којим ће се извршити превоз и начин превоза	
3. Место преласка државне границе	
4. Начин на који је утврђен идентитет мртваца	
5. Број одобрења за пренос мртваца и назив органа који је издао одобрење	
6. Одобрење издато на захтев	
7. Пренос мртваца врши се у пратњи	

Пошто је узрок смрти заразна-незаразна болест, опрема мртваца је извршена на начин прописан у члану 4, 5 и 10 Правилника о условима и начину ископавања и пренос мртваца (метални - дрвени - метални и дрвени сандук)

У Нишкој Бањи, _____ 20 ____ . год. . (МП)

Лекар

Datum prijema: _____ 20____ god.

Matični broj istorije bolesti

Prezime i ime

[illegible]

[illegible]

**SPECIFIKACIJA TROŠKOVA
 STACIONARNOG LEČENJA**

Prezime i ime _____

Matični broj istorije _____

Red. br.	Šifra	Lekovi i ostali materijalni troškovi	Broj	C e n a	I Z N O S
1.	BD0051	OPŠTA NEGA			
2.	BD0052	POLUINTENZIVNA NEGA			
3.	060011	Kompletna krvna slika			
4.	060020	Određivanje brzine sedimentacije za 1 i 2			
5.	060061	Vreme krvavljenja (Duke)			
6.	060063	Vreme koagulacije (Lee White)			
7.	060064	Protrombinsko vreme			
8.	060067	Trombinsko vreme			
9.	060074	Određivanje fibrinogena			
10.	060177	Trombotest			
11.	060144	RF-LATEX			
12.	720083	GGT			
13.	720101	Glukoza			
14.	720102	Ureja			
15.	720103	Kreatinin			
16.	720104	Mokraćna kiselina			
17.	720105	Bilirubin ukupni			
18.	720106	Bilirubin direktni			
19.	720108	Albumini			
20.	720109	Proteini ukupni			
21.	720110	Holesterol			
22.	720111	HDL - holesterol			
23.	720112	LDL - holesterol			
24.	720113	Gtrigliceridi			
25.	720124	Kalcijum			
26.	720128	Gvožđe			
27.	720202	Troponin			
28.	720509	Ukupni proteini			
29.	720119	Laktat dehidrogenaza			
30.	720524	Reuma faktori			
31.	720601	Celokupni pregled urina			
32.	720610	Krv			
33.	720657	Natrijum			
34.	720658	Kalijum			
35.	720659	Neorganski fosfor			
36.	720660	Gvožđe			
37.	720662	Kalcijum			
38.	720904	Izoenzim CK			
39.	720909	ANA			
40.	720927	AST (GOT)			
41.	720928	ALT (GPT)			
42.	720929	ALKALNA FOSFATAZA - ALP			
43.	720930	GAMA-GT			
44.	720938	KREATIN KINAZA (CK)			
45.	720939	CK MB			
46.	720955	Komplament C3c			
47.	720965	Imunokompleksi (CIC)			
48.	720968	CRP (C-reaktivni protein)			
49.	720970	Anti DNA			

Red. br.	Šifra	Lekovi i ostali materijalni troškovi	Broj	C e n a	I Z N O S
50.	060948	Anti CCP			
51.	060949	Anti RNP			
52.	010903	Dopplerehokardiografija srca i krvnih sudova			
53.	012910	Treadmile test			
54.	012988	Holter monitoring			
55.	010022	EHO zglobova			
56.	510211	Magnetna rezonanca-naknada za rad			
57.	515072	Karotide			
58.	252205	Punkcija zglobova			
59.	510137	GRAFIJA th DELA KIČME			
60.	510108	Grafija srca i pluća			
61.	510102	Rtg pluća i srca			
62.	310053	KAPILAROSKOPIJA			
63.	510136	RTG cervikalnog dela KIČME			
64.	510138	RTG L I LC kičme u dva pravca			
65.	510141	Grafija karlice			
66.	510148	Grafija šake			
67.	510147	Grafija kolenog zgloba, potkolenice i skočnog zgloba			
68.	550025	DENZITOMETRIJA - DEXA			
69.	010088	TA			
70.	010072	EKG-			
71.	010079	Ergometrija na bicikl ergometru			
72.	000120	Davanje S.C. injekcije			
73.	000121	Davanje I.M. injekcije			
74.	000122	Davanje I.V. injekcije			
75.	000125	Davanje infuzija			
76.	SM 000009	KANILE			
77.	SM 000010	KATETERI			
78.	SM 000032	SISTEM ZA INFUZIJU			
79.	SM 000062	ALKOHOL 70% L			
80.	SM 000064	HIDROGEN 3% L			
81.	SM 000065	POVIDON JOD L			
82.	SM 000066	MEDICINSKI BENZIN L			
83.	SM 000068	GAZE M			
84.	SM 000069	ZAVOJI M			
85.	SM 000070	VATA			
86.	SM 000071	FLASTER cm			
87.	SM 000073	RUKAVICE - OBIČNE PVC			
88.	SM 000074	ŠPRICEVI			
89.	SM 000075	IGLE			
90.	SM 000091	VAKUTAJNER			
91.	SM 000079	MASKE			
92.	SM 000085	NMR - sanitetski materijal			
93.	SM 000012	RO FILMOVI			
94.					
95.					
96.					
97.					
98.					
99.					
100.					
101.					
102.					
103.					
104.					
105.					
106.					
107.					
108.					

[illegible]

Institut za lečenje i rehabilitaciju
"Niška Banja", Niš
Tel. 018/502-226
502-207

Klinika za kardiovaskularne
bolesti

BOLESNIČKI DNEVNIK ZA
AMBULATORNI MONITORING
KRVNOG PRITISKA



Ime i prezime

Dijagnoza bolesti _____

Ambulantni: DA NE

Stacionarni: DA NE

Broj sobe: _____

Datum rođenja

Datum plasiranja



Обр. бр. 1-11/3-Ср.

Број историје
болести

Датум.....

ЛИСТ АНЕСТЕЗИЈЕ

Крвна група Rh.....

ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА

Презиме и име год. одељ. соба

Преоп. Dg. теж. кг. висина цм. ТА

Пулс Ег. Hgb. Gr. Hgb. Htc. Уреа Гликемија

ПРЕОПЕРАТИВНИ СТАТУС	РЕГИОНАЛНА АНЕСТЕЗИЈА И БЛОК
Дисајни тракт	ВРСТА
.....	СРЕДСТВО
Кардио-васкуларни систем	Количина ml. Концентрација %
.....	УТРОШЕНИ МАТЕРИЈАЛ
Централни и периферни нервни систем	Пластична I.V. канала ком.
.....	Систем за трансфузију ком.
Генито-уринарни тракт	Гастрична сонда ком.
.....	Катетер за CVP ком.
Гастро-интестинални тракт	Катетер за CAP ком.
.....	Уринарни катетер ком.
Метаболизам, електролити и остало	Кесе за урин ком.
.....	Електрода за EKG ком.
.....	Остало ком.
.....	ПОСТОПЕРАТИВНО УПУТСТВО
.....
.....

АНЕСТЕЗИОЛОШКА ВИЗИТА (Раније операције и анестезије, пушење, алергија, склоност ка крвављењу, зубне протезе, предходна терапија, хепатитис, дијабетис, астма и друго)

Издаје и штампа:
ГИП "ЗЕНИТ" - Ниш

[illegible]

Болесник послат: у Интензив. терап. на одељење Сестра

Средство	Колич.	пут.	час.
Атропин			
Скополамин			
Петанин			
Морфин			
Таламонол			

Преоксигенац. 3 мин. да не

Свест да не

Редни број	Матични број историје болести	Датум операције	ПРЕЗИМЕ (ИМЕ ЈЕДНОГ ОД РОДИТЕЉА) И ИМЕ БОЛЕСНИКА	КЛИНИЧКА ДИЈАГНОЗА	ОПЕРАЦИЈА
0	1	2	3	4	5

ОПЕРАТИВНИ НАЛАЗ	Операција трајала од до	Анестезија	Оператор	Асистенти	Анестетичар	Анестезиолог	ПРИМЕДБА
6	7	8	9	10	11	12	13

ПРЕДУЗЕЋЕ _____

РАДНА ЈЕДИНИЦА _____

Преглед радних дана-часова за месец _____

20____год.

Редни број	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ	Врста часова																																Укупно часова			Потврда радника за правилно изведене часове	П Р И М Е Д Б А
																																		Појединачно:	Свега	Непоравдани изостанци		
			1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31																				
1	2	3	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	4	5	6	7																	
		Редовни																																				
		Прековремени																																				
		Ноћни																																				
		Држ. празници																																				
		Год. одмор																																				
		Бол. до 30 дана																																				
		Редовни																																				
		Прековремени																																				
		Ноћни																																				
		Држ. празници																																				
		Год. одмор																																				
		Бол. до 30 дана																																				
		Редовни																																				
		Прековремени																																				
		Ноћни																																				
		Држ. празници																																				
		Год. одмор																																				
		Бол. до 30 дана																																				
		Редовни																																				
		Прековремени																																				
		Ноћни																																				
		Држ. празници																																				
		Год. одмор																																				
		Бол. до 30 дана																																				
		Редовни																																				
		Прековремени																																				
		Ноћни																																				
		Држ. празници																																				
		Год. одмор																																				
		Бол. до 30 дана																																				
		Редовни																																				
		Прековремени																																				
		Ноћни																																				
		Држ. празници																																				
		Год. одмор																																				
		Бол. до 30 дана																																				

НАПОМЕНА: на једном месту појављују се подаци само за 6 особа.

Dijeta

[illegible]

Амб. број _____ Возач: _____

НАЛОГ ЗА ПРЕВОЗ БОЛЕСНИКА

Болесник: _____ Л. К. _____

Где ради: _____

Надлежни фонд - ЗЗ - Општ. скупштина

Где је преглед извршен: _____

Место сталног
боравка - ул. и бр. _____

Потребан је превоз санит. колима од: _____

до: _____ км. _____ цена _____

Разлог: _____

Дијагноза: _____

Бр. здр. књижице _____ Потпис кор. прев. _____

Шифра _____ рег. број _____

Год. рођења _____ Лекар,

_____ 20 ____ год.

78

Institut za prevenciju, lečenje i
rehabilitaciju reumatskih i
kardiovaskularnih bolesnika
"Niška banja" u Niškoj banji

Niška Banja, _____ 20
1997 god.

RAČUN № 006479

Za _____,

na ime korišćenja niže navedenih usluga u vremenu od _____

do _____ 20
1997 god.

OPIS	Količina	Cena	Iznos
- Smeštaj			
- Ishrana			
- Lečenje - Banj. lista			
- Boravišna taksa			

SVEGA _____

SLOVIMA _____

Naplatio,

Niška Banja

Na blagajni _____ u vremenu od _____ do _____ naplaćeno
je od izvršenih usluga i to:

- | 1. Banjske liste od 10 dana od | do | kom. | cena | din |
|--------------------------------|----|------|------|-----|
| 2. " " 15 " | " | " | " | " |
| 3. " " 21 " | " | " | " | " |
| 4. Bazen | | " | " | " |
| 5. Kade | | " | " | " |
| 6. Tuš | | " | " | " |
| 7. Sapun-šampon | | " | " | " |
| 8. Rublje | | " | " | " |
| 9. _____ | | " | " | " |
| 10. _____ | | " | " | " |
| 11. _____ | | " | " | " |
| 12. _____ | | " | " | " |
| 13. _____ | | " | " | " |
| 14. _____ | | " | " | " |
| 15. _____ | | " | " | " |
| UKUPNO DINARA | | | | |

Slovima

Predao-la

Niška Banja _____ 200_____ god.

73

INSTITUT ZA PREVENCIJU, LEČENJE
I REHABILITACIJU REUMATIČNIH
I KARDIOVASKULARNIH BOLESTI
"NIŠKA BANJA" sa p.o.
N I Š K A B A N J A

Dana _____ 20 ____ g.

TREBOVANJE

KRVI I KRVNIH DERIVATA

Prezime i ime bolesnika _____
mat. broj _____ rođen _____ god., mesto prebivališta _____
_____. Broj zdravstvene legitimacije _____ šifra delatnosti _____
_____, registarski broj _____ preduzeće - ustanova _____
_____, svojstvo sa osiguranikom _____

(član porodice)

Bolesnik se leči na _____ klinici
Koliko je primio transfuzije pre ove _____
Dg. _____ izdati krvi krvne grupe _____
Rh _____ količina _____ gr. sa _____
(interreakc. unak. proba)
WaR _____ hitnost _____
Dan uzimanja krvi za interreakciju unakrsnu probu _____ dan i čas trebovanja
krvi - krv. derivata _____

Krv uzeo i etiketirao,

Lekar,

PODACI O KRVI - PLAZMI

Rađena boca krvi, boca krvi broj _____ krvne grupe _____ Rh _____
Uzeta dana _____, količina _____. Rezultat interreakcije - unakrsne probe
_____, krv je uzeta _____ u čas. _____.

NAPOMENA: Pre početka transfuzije raditi unakrsnu i biološku probu.

Krv obradio i izdao,

Direktor Zavoda za transfuziju krvi Niš

PODACI O IZVRŠENOJ TRANSFUZIJI

Dan prijema transfuzije _____ počela u čas. _____, završena u _____ časova.
Reakcija u toku i posle transfuzije _____

dati lekove u toku transfuzije _____

Transfuziju dao,

Prisustvovao lekar,

74

Штамбиљ Фонда

Штамбиљ повериоца

ИЗЈАВА

Овлашћујем републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање запослених да на моју пензију стави административну забрану за _____ поверилац из _____, ради обезбеђења кредита у износу од _____ динара, који ће се отплаћивати у _____ једнаких месечних рата.

Прилог: последњи чек од пензије

Корисник пензије

Бр. л.к. _____

МУП _____

Адреса _____

ЈМБГ/лични бр. са пензијског чека: _____

Потпис _____

Поверилац

У _____,

дана _____ године

На захтев нашег корисника пензије _____ да се на његову пензију стави административна забрана у Вашу корист ради обезбеђења отплате кредита, доносимо следеће:

РЕШЕЊЕ О АДМИНИСТРАТИВНОЈ ЗАБРАНИ

На пензију _____ ставља се у корист _____ административна забрана за обезбеђење отплате кредита у износу од _____ динара, с тим да му се почев од _____ године обуставља месечни износ од _____ динара на текући рачун број _____.

Извршавање овог решења ће се обавити у складу са Уговором о пословној сарадњи бр. _____ од _____ године.

Ово решење је урађено у 3 (три) истоветна примерка, од којих се по 1 (један) примерак доставља кориснику пензије преко повериоца (предузећа).

У _____ дана _____ 20 ____ год.

Регистровано у Фонду

Потпис овлашћеног лица

М.П.

REVERS

75

za primljenu opremu i sitan inventar prilikom stupanja na
lečenje i rehabilitaciju u Institutu za reumatizam
"NIŠKA BANJA"

Stacionar _____

Soba _____ Datum dolaska _____

(ime i prezime)

- | | |
|---------------------|-------|
| 1. Peškir veći | _____ |
| 2. Peškir mali | _____ |
| 3. Bade mantil | _____ |
| 4. Čaša za vodu | _____ |
| 5. Čebad | _____ |
| 6. Telefon | _____ |
| 7. Jastuk veliki | _____ |
| 8. Dunja-čaršav | _____ |
| 9. Čaršav krevetski | _____ |
| 10. Jastučnica | _____ |
| 11. | _____ |
| 12. | _____ |
| 13. | _____ |
| 14. | _____ |
| 15. | _____ |

Bolesnik je dužan da čuva primljenu opremu i sitan inventar i da ih
pre odlaska sa lečenja preda sobarici.

Predao-la

Primio-la

BOLESNIK _____

DIJAGNOZA _____

DATUM _____ DECURSUS MORBI



INSTITUT ZA LEČENJE I REHABILITACIJU "NIŠKA BANJA"
U NIŠKOJ BANJI

Ul. Srpskih junaka br.2, 18205 Niška Banja, tel. 018/502-000, 502-045; fax 018/4549-084
Mat. br. 07210582, ž. račun 840-567661-77 kod Uprave za javna plaćanja, PIB 101466671

Br. reg. ul. 1-387 kod Trgovinskog suda u Nišu

www.radonnb.co.rs e-mail: radonnb@eunet.rs

Broj predmeta: _____

Prilog _____ Vrednost _____

NASLOV

PREDMET

Arhiv. znak _____

