

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

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)