

20182003626

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 56 став 1 точка 14 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014, 113/2014, 188/2014, 20/2015, 61/2015, 98/2015, 129/2015, 150/2015, 154/2015, 192/2015, 217/2015, 27/2016, 37/2016, 120/2016, 142/2016 и 171/2017), и член 112 став 1 и 114 став 2 од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 18/2015, 64/2015, 96/2015, 125/2015, 191/2015, 187/2016 и 146/2018), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 8 октомври 2018 година, донесе

ОДЛУКА ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ОДЛУКАТА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ОБРАСЦИТЕ ПРЕДВИДЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 1

Во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 133/2011, 144/2011, 5/2012, 29/2012, 79/2012, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 105/2013, 119/2013, 138/2013, 145/2013, 165/2013, 34/2014, 138/2014, 141/2014, 142/2014, 11/2015, 76/2015 и 96/2015), во членот 1 обрасците: Специјалистички- субспецијалистички упат - „Образец СУ“, образецот на Интер специјалистички упат - „Образец ИСУ“, образецот на Упатот за радиодијагностика 1 - „Образец РДУ -1“, образецот на Упатот за радиодијагностика 2 - „Образец РДУ -2“, образецот на Лабораториски упат -1 „Образец ЛУ-1“, образецот на Лабораториски упат -2 „Образец ЛУ-2“, образецот на Болнички упат „Образец БУ“, образец на Интероделенски уупат- “ Образец-ИОУ“, образец интерклинички упат- “образец ИКУ“, образец Отпусно писмо- “Образец- ОП“ и образецот на Упатот за сервисни услуги – за хоспитализирани пациенти „Образец УСУ“, престануваат да важат.

Се утврдуваат нови обрасци кои се составен дел на оваа одлука: Упат за специјалистички/супспецијалистички/интерспецијалистички преглед - „ФЗОМ-Образец СУ“; Извештај специјалистички/супспецијалистички/интерспецијалистички преглед – „ФЗОМ –Образец СИ“; Упат за сервисни услуги – „ФЗОМ – Образец УСУ“; Упат за интерни испитувања – „ФЗОМ – Образец УИИ“; Упат за радиодијагностика - „ФЗОМ – Образец РДУ“; Извештај – радиодијагностички наод - „ФЗОМ – Образец ИРДУ“; Болнички упат - „ФЗОМ – Образец БУ“; Отпусно писмо - „ФЗОМ – Образец ОП“; Упат за трансфер на хоспитализиран пациент - „ФЗОМ – Образец ТХ“; Лабораториски упат 1-а - „ФЗОМ – Образец ЛУ1-а“; Лабораториски упат 1-б - „ФЗОМ – Образец ЛУ1-б“; Лабораториски упат 1-в - „ФЗОМ – Образец ЛУ1-в“; Лабораториски упат 2 - „ФЗОМ – Образец ЛУ2“; Извештај – Лабораториски наод - „ФЗОМ – Образец ИЛУ“; Барање за обдукција - „ФЗОМ – Образец БО“; Наод за обдукција - „ФЗОМ – Образец НО“; Извештај домашно лекување - „ФЗОМ – Образец ИДЛ“; Извештај – рурален доктор - „ФЗОМ – Образец ИРЛЗД“; Извештај дежурна служба - „ФЗОМ – Образец ДС“; Извештај итна медицинска помош - „ФЗОМ – Образец ИИМП“; Конзилијарно мислење за упатување за здравствени услуги - пет -кт скен – „ФЗОМ Образец-КМПЕТ“.

Член 2

Оваа одлука влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се применува по создавање на технички услови за нивно применување, но не повеќе од 6 месеци сметано од денот на стапување во сила на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 146/2018).

Бр. 02-14426/1
9 октомври 2018 година
Скопје

Претседател
на Управен одбор,
Верица Проковиќ, с.р.

ФЗОМ – Образец СУ

УПАТ БР.		Р	И	Б	ТЕРМИН: (датум и час)	
-----------------	--	----------	----------	----------	---------------------------------	--

УПАТУВА:

ДО:

Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Специјалност	Специјалност
	Лекар/апарат/амбуланта
	Факсимил

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Град и држава на осигурување		ЕНИС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	

УПАТ ЗА

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ СУПСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ ИНТЕРСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД	1	Специјалист / супспецијалист		
	2	Дијагностичка лабораторија		
	3	Дијагностичка процедура		
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10		
Молам, се бара:	Опис			

Датум на издавање на упатот: _____ Име и презиме на лекар _____
 Факсимил _____

М.П.

Доаѓање на преглед:

- 1) За преглед во одреден термин: Потребно е да се пријавите на шалтер 15-30 минути пред терминот за преглед
- 2) Упатот со ознака И (итен случај) важи 24 часа од моментот на издавање
- 3) Пациентот со упат со ознака Б (без термин) може да биде прегледан во наредните 7 дена од денот на издавање на истиот, и тоа по завршувањето на прегледите со термин

Откажување на преглед:

- Откажувањето на прегледот треба да биде најмалку 24 часа пред терминот за преглед. Прегледот може да се откаже на следниот начин:
- 1) Со испраќање на смс порака на бројот 144194. Содржина на пораката е бројот на електронскиот упат
 - 2) На телефонскиот број (02) 15 444 (секој работен ден од 09.00 до 16.00 часот)

ФЗОМ – Образец СИ

УПАТ БР.	
----------	--

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ИЗВЕШТАЈ

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ СУСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ ИНТЕРСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД	1	Специјалист / супспецијалист		
	1A	Избран лекар гинеколог		
	2	Дијагностичка лабораторија		
	3	Дијагностичка процедура		
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10		
Анамнеза и наод:	Опис			
Аплицирана терапија	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење		Поз. листа (Д/Н)
Упатство за понатамошно лекување	Опис			
Препорачана терапија:	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење		Поз. листа (Д/Н)
	Шема:			
Препораки:	Боледување	Контролен преглед	Ортопедско помагало	Конзилиум
	Денови, месеци	Денови, месеци	Шифра	Лек, болед., орт. пом., ре хаб., лекув во странство

Датум на извештај: _____

Лекар

Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по извршениот специјалистичко – консултативен преглед во здравствената установа од секундарно или терциерно ниво да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување

ФЗОМ – Образец БУ

УПАТ БР.		Р	И	Д
----------	--	---	---	---

УПАТУВА:

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

ДО:

Здравствена установа
Место, Општина
Болнички оддел

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

БОЛНИЧКИ УПАТ

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Наоди за извршени прегледи, дијагностички и терапевтски постапки:	Опис	
Хируршка интервенција:	Избор од листа Лекар Термин: Ќе бидете известени по телефон	
Придружник	ДА (доколку е потребен) / НЕ (доколку не е потребен)	

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар кој го издава упатот: _____

Име и презиме
Факсимил

М.П.

ФЗОМ – Образец ТХ

УПАТ БР.	
-----------------	--

УПАТУВА:

ДО:

Здравствена установа
Место, Општина
Болнички оддел

Здравствена установа
Место, Општина
Болнички оддел

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ЕМБГ	
Адреса и место на живеење			
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

**УПАТ ЗА
ТРАНСФЕР НА ХОСПИТАЛИЗИРАН ПАЦИЕНТ**

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Наоди за извршени прегледи, дијагностички и терапевтски постапки:	Опис	
Придружник	ДА (доколку е потребен) / НЕ (доколку не е потребен)	

Датум на издавање на упатот: _____	Лекар кој го издава упатот: _____	Име и презиме Факсимил _____
------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

М.П.

УПАТ БР.	
-----------------	--

УПАТУВА:

ДО:

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 2

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
		Вид на здравствена услуга -лабораториска анализа
Услуги		

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар (Спец./Супспец.) кој го издава упатот: _____

Име и презиме
Факсимил

М.П.

УПАТ БР.	
----------	--

Здравствена установа
Место, Општина
Болнички оддел

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ОТПУСНО ПИСМО						
Датум и време на прием	Датум		Датум и време на испис		Датум	Историја број
	Време		Време		Време	Број
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10		Опис на МКБ 10			
Придружни дијагнози	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10
Кратка анамнеза, наод и мислење:	Опис/ Види прилог					
Примена терапија	Генерика		Форма и јачина, сигнатура, времетраење			Поз.листа (Д/Н)
Препорачана терапија:	Генерика		Форма и јачина, сигнатура, времетраење			Поз.листа (Д/Н)
	Шема:					
Препораки	Боледување	Контролен преглед	Продолжување на хоспит./Трансфер	Ортопедско помагало	Конзилиум	
	Денови, месеци	Денови, месеци	Да/Не	шифра	Лек, болед., орт.пом., рехаб., лекување во странство	
Препораки за пациентот	Опис					
Хистопатолошки наод						

Датум на издавање на упатот:

Лекар
Раководител:

Име и презиме

Факсимил

Име и презиме

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 5 дена по отпустот о болничко лекување да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување (издавање боледување, лекови на рецепт и др.)

ФЗОМ – Образец ЛУ1-а

УПАТ БР.	
УПАТУВА:	ДО:
Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Избран лекар	Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг. /	
Држава на осиг.		Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 1-а					
Дијагноза		Шифра по МКБ 10		Опис	
Избор	Р.бр	Шифра на пакет	Шифра на услугата од статусот	Дел	Опис на статусот / лабораториската услуга
	1	2	3	4	5
	1	БА2			ХЕМАТОЛОШКИ СТАТУС
			БА2/1		Седиментација на еритроцити
			БА2/2		Крвна слика со диференцијална крвна слика
				1	Хемоглобин
				2	Еритроцити
				3	Леукоцити
				4	Тромбоцити
				5	Хематокрит
				6	Диференцијална крвна слика
				7	Неутрофили
				8	Линфоцити
				9	Еозинофили
				10	Моноцити
	2	БА13			УРИНАРЕН СТАТУС со седимент
				1	рН
				2	Специфична тежина
				3	Белковини
				4	Глукоза во урина
				5	Кетони
				6	Седимент на урина
				7	Уробилиноген
	3	БА4			ГЛУЦИДЕН СТАТУС
			БА4/1	1	Глукоза во серум (Гликемија)
	4	БА10			ЛИПИДЕН СТАТУС
			БА10/3	1	Вкупен холестерол
			БА10/2	2	Триглицериди
	5	БА5			ДЕГРАДАЦИОНИ ПРОДУКТИ
			БА5/1	1	Уреа во серум
			БА5/3	2	Креатинин во серум
	6	БА7			ЕНЗИМСКИ СТАТУС
			БА7/8	1	AST - Аспартат аминотрансфераза
			БА7/9	2	ALT Аланин аминотрансфераза
	7	БА8			ЕЛЕКТРОЛИТЕН СТАТУС - во серум
			БА8/8	1	Железо (Fe)
	8	БА16			IV. Тест за бременост
			БА16/3	1	Тест за бременост б-НСГ во серум

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар кој го издава упатот: _____

Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по подигнатите резултати да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.

УПАТ БР.	
УПАТУВА:	ДО:
Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Избран лекар	Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг. /	
Држава на осиг.		Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 1-6					
Дијагноза		Шифра по МКБ 10		Опис	
Избор	Р.бр	Шифра на пакет	Шифра на услугата од статусот	Дел	Опис на статусот / лабораториската услуга
	1	2	3	4	5
	1	БА4			ГЛУЦИДЕН СТАТУС
			БА4/2	1.	Глукоза толеранс тест (OGTT)
			БА4/3	2.	Гликозилиран хемоглобин (НbA1C)
	2	БА11			ХОРМОНСКИ СТАТУС
			БА11/16	1.	Тиреостимулирачки хормон (TSH)
	3	БА16			СЕРУМСКИ ТУМОРСКИ МАРКЕРИ
			БА16/11	1.	PSA

Датум на издавање на упатот:

Лекар кој го издава упатот:

Име и Презиме

Факсимил

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по подигнатите резултати да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.

-За испитување на гликозилиран хемоглобин (НbA 1 C) со шифра на услугата БА 4/3 се упатуваат само пациенти со воспоставена дијагноза *dijabetes mellitus*,

-За испитување на тиреостимулативен хормон (TSH) со шифра на услугата БА 11/16 се упатуваат пациенти со воспоставена дијагноза на хипотиреоза

Упатот ЛУ1-6 го издава избран лекар од дејноста општа медицина и содржи биохемиски лабораториски услуги за ТСХ (тиреостимулирачки хормон), OGTT(орален гликоза толеранс тест), НbA1C(гликозилиран хемоглобин) и PSA(тумор маркер за простата).

Овие биохемиски лабораториски испитувања може да ги врши само биохемиска лабораторија на носител на дејност е лекар специјалист по медицинска биохемија, односно/или фармацевт – специјалист по медицинска биохемија.

ФЗОМ – Образец ЛУ1-в

УПАТ БР.	
----------	--

УПАТУВА:

ДО:

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 1-в

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
		Вид на здравствена услуга -лабораториска анализа за хормонски статус и тумор маркери
Услуги		

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар кој го издава упатот: _____

Име и презиме
Факсимил

М.П.

Напомена:

Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по подигнатите резултати да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.

Упатот ЛУ1-в го издава избран гинеколог и содржи биохемиски лабораториски услуги за утврдување на хормонски статус и тумор маркери.

Овие биохемиски лабораториски испитувања може да ги врши само биохемиска лабораторија каде носител на дејност е лекар специјалист по медицинска биохемија, односно/или фармацевт – специјалист по медицинска биохемија

ФЗОМ – Образец ИЛУ

УПАТ БР.	
-----------------	--

Здравствена установа

Датум на прием на материјалот	
-------------------------------	--

Место, Општина

Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
-----------------------	--	--	--

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
---------------	--	------------	--

Новороденче			
-------------	--	--	--

Датум на раѓање		Регистарски број	
-----------------	--	------------------	--

Странски осигуреник			
---------------------	--	--	--

Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ИЗВЕШТАЈ – ЛАБОРАТОРИСКИ НАОД

Лабораториски наод	Опис / Прилог Принт листа
--------------------	---------------------------

Датум на извештај _____

Лекар/Фармацевт/здравствен соработник

Име и презиме _____
Факсимил _____

М.П.

ФЗОМ – Образец РДУ

УПАТ БР.		Р	И	Б
----------	--	---	---	---

ТЕРМИН: (датум и час)	
--------------------------	--

УПАТУВА:

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

ДО:

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност
Категорија
Апарат

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса и место на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

УПАТ ЗА

РАДИОДИЈАГНОСТИКА	1	Радиодиагностика – 1 “(избран лекар)”	
	2	Радиодиагностика – 2 “(специјалист/супспецијалист) ”	
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10	
Молам, се бара:	Опис какво снимање се бара и на кој дел од телото		
Услуга:	Се избира од листа на услуги		
Претходни наоди за извршени прегледи, дијагностики и терапевтски постапки	Шифра по МКБ 10		
	Опис		
Датум на издавање на упатот:	Лекар кој го издава упатот:	Име и презиме Факсимил	

М.П.

Доаѓање на преглед:

- 1) За преглед во одреден термин: Потребно е да се пријавите на шалтер 15-30 минути пред терминот за преглед
- 2) Упатот со ознака И (итен случај) важи 24 часа од моментот на издавање
- 3) Пациентот со упат со ознака Б (без термин) може да биде прегледан во наредните 7 дена од денот на издавање на истиот, и тоа по завршувањето на прегледите со термин

Откажување на преглед:

Откажувањето на прегледот треба да биде најмалку 24 часа пред терминот за преглед. Прегледот може да се откаже на следниот начин:

- 1) Со испраќање на смс порака на бројот 144194. Содржина на пораката е бројот на електронскиот упат
- 2) На телефонскиот број (02) 15 444 (секој работен ден од 09.00 до 16.00 часот)

ФЗОМ – Образец УИИ

УПАТ БР.		Р	Б
----------	--	---	---

ТЕРМИН: (датум и час)	
--------------------------	--

УПАТУВА:

ДО:

Здравствена установа
Место, Општина
Болнички оддел

Лекар/Апарат/Лабораторија/Болнички оддел
Датум на прием

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса и место на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

УПАТ ЗА

ИНТЕРНИ ИСПИТУВАЊА	1	Специјалист / супспецијалист
	2	Дијагностичка лабораторија
	3	Дијагностичка процедура
	4	Лабораториски упат
	5	Радиодијагностика
	6	Интер – одделенски трансфер

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Молам, се бара:	Опис (за лабораторија или радиодијагностика се избираат услуги)	

Датум на издавање на упатот:	Лекар кој го издава упатот	Име и презиме
		Факсимил

М.П.

НАПОМЕНА: Упатот важи до исписот на пациентот

ФЗОМ – Образец УСУ

УПАТ БР.		Р	Б	ТЕРМИН: (датум и час)	
----------	--	---	---	--------------------------	--

УПАТУВА:

ДО:

Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Болнички оддел	Специјалност
	Лекар/Апарат/Лабораторија
	Факсимил

Датум на прием

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса и место на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

УПАТ ЗА

СЕРВИСНИ УСЛУГИ	1	Специјалист / супспецијалист
	2	Дијагностичка лабораторија
	3	Дијагностичка процедура
	4	Лабораториски упат
	5	Радиодиагностика
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10

Молам, се бара:	Опис (за лабораторија или радиодиагностика се избираат услуги)
-----------------	--

Датум на издавање на упатот:	Лекар кој го издава упатот	Име и презиме
		Факсимил

М.П.

НАПОМЕНА: Упатот важи се додека пациентот е на болничко лекување

ФЗОМ – Образец БО

БАРАЊЕ БР.	
-------------------	--

УПАТУВА:**ДО:**

Здравствена установа

Здравствена установа

Место, Општина

Место, Општина

ПОДАТОЦИ ЗА ПОЧИНАТОТО ЛИЦЕ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење			
Новороденце			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

БАРАЊЕ ЗА ОБДУКЦИЈА

Датум и време на смрт	Датум	Време
Клиничка дијагноза	Шифра по МКБ 10	Опис на дијагноза
Епикриза:	(Да се внесат само позитивните клинички и лабораториски наоди од анамнеза, лабораториски и други испитувања)	

Датум на издавање на барањето: _____

Лекар кој го издава барањето: _____

Име и Презиме
Факсимил _____**М.П.**

БРОЈ	
-------------	--

Здравствена установа

Место, Општина

Факсимил – Дежурна служба

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ИЗВЕШТАЈ ДЕЖУРНА СЛУЖБА						
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10				
Анамнеза и наод:	Опис					
Аплицирана терапија	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење				Поз.листа (Д/Н)
Издадени рецепти	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт
Упатство за понатамошно лекување	Опис					
Препорачана терапија:	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење				Поз.листа (Д/Н)
	Шема:					

Датум на извештај: _____

Лекар

Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена:

Извештајот го пополнува лекарот од дежурна служба

- Извештајот од Дежурна служба осигуреното лице го предава во здравствената установа на лекарот кој прв ќе го прегледа осигуреното лице

БРОЈ	
------	--

Здравствена установа

Место, Општина

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ИЗВЕШТАЈ ИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ

Датум и час на интервенција/ Место на пронаоѓање	Датум	Дома	На работа	На улица
		Во училиште	Друг јавен објект	Останато
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10		
Анамнеза:	Опис			

ОСНОВНИ ВИТАЛНИ ПАРАМЕТРИ

Состојба на свест	Зеници	Дишни патишта	Дишење	Циркулација
<input type="checkbox"/> Очувана	<input type="checkbox"/> Еднакви	<input type="checkbox"/> Слободни	<input type="checkbox"/> Еупнеа	Пулс _____ /мин
<input type="checkbox"/> Сомиолентен	<input type="checkbox"/> Апизокорија	<input type="checkbox"/> Делумно опструирани	<input type="checkbox"/> Диспнеа	ТА _____ Кра(ммHg)
<input type="checkbox"/> Сопор	<input type="checkbox"/> Миоза	<input type="checkbox"/> Опструирани	<input type="checkbox"/> Тахипнеа	ТТ _____ °C
<input type="checkbox"/> Кома	<input type="checkbox"/> Мидријаза		<input type="checkbox"/> Брадипнеа	GLU _____ mmol
	<input type="checkbox"/> Реакција на САК		<input type="checkbox"/> Чејн-Стоуксово	
			<input type="checkbox"/> Биотово	

Останати параметри

Спроведена терапија	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење		Поз. листа (Д/Н)
Постапки	KPCR	+ -	O ₂ _____ l/min	+ - Дефибрилација
	Airway	+ -	Респиратор	+ - Венска линија
	Et- интубација	+ -	Аспирација	+ - Имобилизација
Упатство за понатамошно лекување	Опис			
Здравствена установа во која е транспортиран пациентот	<input type="checkbox"/> УК Кардиологија	<input type="checkbox"/> Ургентен клинички центар	<input type="checkbox"/> УК Гинекологија	
	<input type="checkbox"/> УК Токсикологија	<input type="checkbox"/> ГОБ 8ми Септември	<input type="checkbox"/> Психијатриска установа	
	<input type="checkbox"/> УК Неурологија	<input type="checkbox"/> УК Наум Охридски	<input type="checkbox"/> Клиничка / Општа болница	

Датум на извештај:

Лекар

Име и презиме

М.П.

Напомена: Извештајот лекарот од ИМП го предава на лекарот во здравствената установа каде понатаму ќе биде лекуван пациентот.

БРОЈ	
Здравствена установа	
Место, Општина	
Факсимил – Рурална служба	

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е-маил	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	

ИЗВЕШТАЈ – РУРАЛЕН ДОКТОР						
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10				
Анамнеза и наод:	Опис					
Аплицирана терапија	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење			Поз.листа (Д/Н)	
Упатство за понатамошно лекување	Опис					
Издадени рецепти	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт
Препорачана терапија:	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење			Поз.листа (Д/Н)	
	Шема:					
Упатен на	Бр.на упат	Бр.на упат	Бр.на упат	Бр.на упат	Бр.на упат	Бр.на упат
Издадено боледување за период	Од (Дд.мм.гггг) До (Дд.мм.гггг)		Со прв ден за спреченост на работа		Дд.мм.гггг	

Датум на извештај:

Лекар

Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена:

Извештајот го пополнува Рурален доктор

- Извештајот од Рурален лекар осигуреното лице го предава на избраниот лекар

БАРАЊЕ БР.	
-------------------	--

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПОЧИНАТО ЛИЦЕ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење		Пол	
Новороденче			
Датум и време на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

НАОД ЗА ОБДУКЦИЈА

Датум и време на смрт	датум	време
Датум на обдукција		

Патоанатомски наод

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Епикриза	Опис	

Микроскопски наод

Опис

Датум на издавање
на упатот: _____
 Име и презиме на лекар _____
 Факсимил _____
 Директор _____

М.П.

БРОЈ	
-------------	--

Здравствена установа

Место, Општина

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење:			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ИЗВЕШТАЈ ДОМАШНО ЛЕКУВАЊЕ

Адреса на примање терапија				
Датум на посета		Време на доаѓање		Време на заминување
Дијагноза по МКБ 10*	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10		
Анамнеза*	Опис			
Спроведена терапија	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење		Поз.листа (Д/Н)
Податоци од извештај*	Бр.на упат	Име и презиме/Факсимил	Установа во која е издаден извештајот	
Забелешки:				

Датум на извештај:

Лекар

Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена:

Извештајот го пополнува лекарот од домашно лекување

*Податоците се превземаат од претходно направен извештај

Сметка за извршените услуги:

Потпис

ЈЗУ Универзитетска клиника

ФЗОМ Образец-КМПЕТ

Назив на здравствена установа

Одделение

Место

**КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ
ЗА УПАТУВАЊЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ- ПЕТ-КТ СКЕН**

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ _____

ЕЗБО _____

Сериски бр. на ЕЗК / Бр. на здравствена легитимација _____

Пациентот се лекува во нашата здравствена установа со дијагноза (латински назив на дијагноза) _____

_____ и

шифра на дијагноза по МКБ – 10 AM _____

Конзилијарното мислење се издава за остварување на право здравствени услуги од дејноста позитрон емисиона томографија (ПЕТ СКЕН).

Конзилијарното мислење се потврдува со потпис на Лекарски конзилиум во состав од тројца лекари специјалисти/ субспецијалисти од соодветната универзитетска клиника, или тројца лекари специјалисти/субспецијалисти, членови на соодветниот тумор борд при Министерството за здравство.

Образложение

Директор

Дата _____

Лекарски конзилиум

1. _____

2. _____

3. _____

МП