# II ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА НА

# ПРИМАРНОМ НИВОУ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ

## 1. Дом здравља, завод за здравствену заштиту студената и завод за здравствену заштиту радника - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари.

Показатељи квалитета у примарној здравственој заштити из чланова 4., 5., 6., 7. и 8. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите прате се у домовима здравља (самосталним и у саставу), заводима за здравствену заштиту студената и заводима за здравствену заштиту радника.

Подаци потребни за израчунавање обавезних Показатеља прикупљају се за сваког појединачног изабраног лекара:

1. лекар опште медицине

2. педијатар

3. гинеколог

4. изабрани лекар у медицини рада

Дневнa, месечна или периодична (годишња) евиденцијa о показатељима води се за сваког изабраног лекара појединачно и може је водити лекар или медицинска сестра, или се ти подаци могу преузети из извештаја о фактурисаној реализацији које здравствене установе достављају Републичком заводу за здравствено осигурање. Метод прикупљања података зависи од информационих технологија којима располаже здравствена установа. Здравствене установе које имају уведени електронски картон део показатеља могу пратити директно упитом из информационог система. Методолошко упутство нуди могућности за дневно и месечно прикупљање података за установе које немају имплементиран електонски картон пацијента.

Републички завод за здравствено осигурање (РЗЗО) тестирао је током 2010. године праћење појединих показатеља квалитета коришћењем извода о фактурисаној реализацији за сваког појединачног изабраног лекара у служби опште медицине, служби за здравствену заштиту деце и омладине и служби за здравствену заштиту жена у свим установама примарне здравствене заштите. На сајту РЗЗО <http://www.rzzo.rs/index.php/izabrani-lekar-actual/kapitacija-actual/kapit-form> налазе се **„Табела са бројевима регистрованих осигураника по старосним** **групама за изабране лекаре“** (објављује се сваког месеца), **„Упутство за коришћење К табела“** и „**Капитационе табеле“** за сваку службу посебно са приказом учешћа превентивних услуга (<http://www.rzzo.rs/index.php/izabrani-lekar-actual/kapitacija-actual/kapit-form/267-kapit-stat> ) за сваког изабраног лекара. На почетној страни <http://www.rzzo.rs/> налазе се упадљиви линкови **„Календар обавезних вакцинација“** и **„Календар превентивних прегледа“** чије се извршење прати путем електронске фактуре. РЗЗО директно из електронских фактура прати 9 показатеља квалитета (**Табелe Q9 и Показатељи квалитета изабрани лекар**) и то по прва 4 показатеља из чланова 4., 5., 6., 7. и 8., затим показатеље 5, 8 и 10 из члана 4. и показатеље 5 и 6 из члана 6.

Показатељ 1 из чланова 4., 5., 6., 7. и 8. **„Проценат регистрованих корисника који су из** **било ког разлога посетили свог изабраног лекара/педијатра/гинеколога“**, с обзиром да је на годишњем нивоу, **прати** **се искључиво изводом из електронских фактура** (поседују све здравствене установе ову могућност).

Крајњи циљ је увођење електронског картона у све ординације изабраних лекара и аутоматско праћење показатеља квалитета рада у примарној здравственој заштити.

Подаци о показатељима квалитета који се не могу пратити из електронског картона или из електронских фактура прикупљају се дневно за сваког изабраног лекара.

На крају месеца, подаци о показатељима квалитета, за сваког појединачног лекара, се сумирају и као такви уносе у образац/ обрасце за месечни извештај на нивоу службе.

Свака здравствена установа након једногодишњег периода, израчунавањем показатеља за сваку службу појединачно, формира извештај и попуњенe **обрасце ОМ, П и Г** доставља окружном институту/заводу за јавно здравље.

С обзиром да се показатељи квалитета разликују у службама изабраних лекара, за сваку службу је креиран посебан сет табела, како за евиденцију о опредељеним/регистрованим корисницима/осигураницима, тако и за евиденцију података неопходних за праћење показатеља.

**НАПОМЕНА 1:** За изабране лекаре у служби опште медицине који имају регистроване осигуранике млађе од 19 година, потребно је пратити показатеље квалитета и за изабраног педијатра. Показатељи се прате одвојено и на крају месеца се збирно прикључују одређеним службама, тј. служби опште медицине и служби за здравствену заштиту деце и омладине. Овакав начин прикупљања података ће омогућити поређење одговарајућих служби свих домова здравља у Републици Србији.

**НАПОМЕНА 2:** Обрасци за евиденцију о регистрованим осигураницима изабраног лекара/ педијатра/ гинеколога креирани су како у сврху лакшег израчунавања показатеља, тако и ради лакшег планирања превентивних прегледа одређене добне групе осигураника у свим службама.

**НАПОМЕНА 3:** Шифре услуга и подразумевани садржаји наведених услуга су у складу са Правилником о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите (Службени гласник РС бр. 24/09), као и Упутством за израду планова рада здравствених установа финансираних средствима РЗЗО-а у 2011. години (ИЈЗ Србије „Др Милан Јовановић Батут“, 2010).

**НАПОМЕНА 4: Дневне евиденције за изабране лекаре се не воде у току дежурства.**

**Члан 4. Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обављају изабрани лекари у служби за здравствену заштиту одраслог становништва**

Обрасци:

1. **РИЛ-1** – Евиденција о броју регистрованих осигураника изабраног лекара за текућу годину
2. **РИЛ-2** – Евиденција о броју регистрованих осигураника у служби опште медицине за текућу годину
3. **ИЛОМ-1** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
4. **ИЛОМ-2** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
5. **СОМ-1** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
6. **СОМ-2** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
7. **СОМ-3** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
8. **СОМ-4** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби опште медицине
9. **Шећерна болест Е10-Е14** – Евиденција о превентивним прегледима дијабетичара за текућу годину
10. **Повишен крвни притисак И10-И15** – Евиденција о пацијентима са артеријском хипертензијом за текућу годину
11. **КП-1** – Годишња евиденција о пацијентима са повишеним крвним притиском за текућу годину
12. **КП-2** –Годишња евиденција о пацијентима са повишеним крвним притиском у служби опште медицине за текућу годину
13. **ОМ** – Извештај о показатељима квалитета изабраних лекара у служби опште медицине за текућу годину

Сваки изабрани лекар у служби здравствене заштите одраслог становништва треба да има листу регистрованих осигураника:

А) Укупан број свих регистрованих осигураника/ пацијената

Б) Број регистрованих осигураника/ пацијената старости 50 година и више

В) Број регистрованих осигураника/ пацијената старости 65 година и више

Г) Број регистрованих осигураника/ пацијената који болују од шећерне болести (Е10-Е14)

Д) Број регистрованих осигураника/ пацијената који болују од повишеног крвног притиска (И10-И15)

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА РИЛ-1**

**ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

*Назив пункта*.Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА

Уписати пуно име и презиме лекара

ЈМБГ ЛЕКАРА

У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

**Колона 1**: **19**–**34.** Уписати укупан број регистрованих осигураника наведене добне скупине.

**Колона 2: 35**–**49.** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

**Колона 3**: **50**–**64.** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

**Колона 4**: **65**–**74.** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

**Колона 5**: **75 и више година.** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

**Колона 6**: **Број регистрованих осигураника са дијагнозом Е10-Е14.** Уписати укупан број регистрованих осигураника који болују од шећерне болести (diabetes mellitus)

**Колона 7**: **Број регистрованих осигураника са дијагнозом И10-И15.** Уписати укупан број регистрованих осигураника који болују од повишеног крвног притиска (hypertensio arterialis)

**Колона 8**: **Укупно осигураника (1+2+3+4+5).** Уписати укупан број регистрованих осигураника. Број се добија сумирањем бројева из колона 1,2,3,4 и 5.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац РИЛ-1*

**ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА**

**ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_ годину**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив пункта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЈМБГ ЛЕКАРА**  **l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Р.бр. | 19–34 године | 35–49 година | 50–64 године | 65–74 године | 75 и више година | Бр. рег. осигураника са дијагнозом Е10-Е14 | Бр. рег. осигураника са дијагнозом И10-И15 | Укупно осигураника (1+2+3+4+5) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Број осигураника |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потпис и факсимил лекара \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА РИЛ-2**

**ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Назив здравствене установе*. Уписати назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.* Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

**Колона 0: Име и презиме изабраног лекара.** Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило праћење броја регистрованих осигураника за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

**Колоне 1-8:** Уписати у одговарајућу колону вредност из реда «Број осигураника» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца РИЛ-1.

**Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби опште медицине у здравственој установи.**

*РЕД УКУПНО*

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац РИЛ-2*

**ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_\_ годину**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Име и презиме изабраног лекара | 19–34 године | 35–49 година | 50–64 године | 65–74 године | 75 и више година | Бр. рег. осигураника са дијагнозом Е10-Е14 | Бр. рег. осигураника са дијагнозом И10-И15 | Укупно осигураника (1+2+3+4+5) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Укупно |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Потпис и факсимил начелника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датум\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ИЛОМ-1**

**ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Назив здравствене установе.* Уписати назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.* Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

*Назив пункта*. Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА

Уписати пуно име и презиме лекара

ЈМБГ ЛЕКАРА

У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

**Колона 0**: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

**Колона 1**: **Први преглед ради лечења (1200039).** Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за одређени датум (дан).

**Колона 2: Поновни преглед ради лечења (1200047; 1200054).** Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

**Колона 3**: **Циљани преглед на рак дебелог црева (50 + год.) (1000223).** Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за осигуранике старе 50 и више година за одређени датум (дан).

**Колона 4**: **Број упута за специјалистичко консултативни преглед.** Уписати укупан број издатих упута за специјалистичко консултативни преглед за одређени датум (дан).

**Напомена: узимају се у обзир интерни (у оквиру установе), екстерни (према другој установи примарног нивоа) и упути на виши ниво (секундарни и терцијарни ниво).**

**Колона 5**: **Превентивни прегледи (1200013; 1000223; 1000025).** Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

**Колона 6: Остали прегледи (1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207).** Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

*РЕД УКУПНО*

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац ИЛOM-1*

**ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**ЗА МЕСЕЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_.год.**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив пункта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЈМБГ ЛЕКАРА**  **l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Датум | Први преглед ради лечења  1200039 | Поновни преглед ради лечења  1200047; 1200054; | Циљани преглед на рак дебелог црева  (50 + год.) 1000223 | Број упута за специјалист. преглед | Превентивни прегледи  1200013; 1000223; 1000025; | Остали прегледи  1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207; |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |
| **Укупно** |  |  |  |  |  |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потпис и факсимил лекарa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ИЛОМ-2**

**ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

*Назив пункта*.Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА

Уписати пуно име и презиме лекара

ЈМБГ ЛЕКАРА

У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

**Колона 0**: **Датум.** Односи се на датум у току одређеног месеца за који се води дневна евиденција.

**Колона 1**: **Вакцинација против грипа (65 + год.) (1000025).** Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за осигуранике старе 65 и више година за одређени датум (дан).

**Колона 2: Број упута за HgA1c особа са дијагнозом Е10-Е14.** Уписати укупан број упута за HgA1c особа са дијагнозом Е10-Е14 издатих за одређени датум (дан).

**Колона 3**: **Број упута за преглед очног дна особа са дијагнозом Е10-Е14.** Уписати укупан број упута за преглед очног днаособа са дијагнозом Е10-Е14 издатих за одређени датум (дан).

**Колона 4**: **Број првих прегледа** (**1200039) особа са дијагнозом Ј02-Ј03.** Уписати укупан број првих прегледа ради лечења (1200039) са дијагнозом Ј02-Ј03 за одређени датум (дан).

**Колона 5**: **Број првих прегледа** (**1200039) са дијагнозом Ј02-Ј03 и прописаним пеницилином.** Уписати укупан број првих прегледа ради лечења (1200039) особа са дијагнозом Ј02-Ј03 приликом којих је прописан пеницилин (видети напомену) за одређени датум (дан).

**Напомена:** Подразумева према Националном водичу за лекаре у примарној здравственој заштити **„Избор и употреба антибиотика у општој пракси“,** РСК за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси, Министарство здравља, 2004., следеће: Tonsillopharingitis – највероватније вирусни узрочник – **Не примењивати антибиотике,** илиStreptococcus pyоgenes **- Феноксиметилпеницилин (penicilin V) 10 дана или 1 иијекција бензатин-пеницилина или цефалексин/цефадроксил 10 дана.** У случају алергије на пеницилин употребити **еритромицин** 10 дана или **азитромицин** 5 дана.

**Колона 6: Број корисника са уписаним КП, ИТМ и пушачким статусом и дати савети.** Уписати укупан број корисника у чији је здравствени картон **први пут у текућој години** убележена вредност крвног притиска, индексомтелесне масе и пушачким статусом и дати одговарајући савети за одређени датум (дан).

*РЕД УКУПНО*

Сумирати податке за сваку колону и унети у ред „укупно”.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац ИЛOM-2*

**ДНЕВНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**ЗА МЕСЕЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_.год.**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив пункта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЈМБГ ЛЕКАРА**  **l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Датум | Вакцинација против грипа (65 + год.)  (1000025) | Број упута за HgA1c особа са  Dg E10-E14 | Број упута за преглед очног дна особа са  Dg E10-E14 | Број првих прегледа (1200039) особа са Dg J02-J03 | Број 1200039 са Dg J02-J03 и са проп. пеницил. | Број корисника са уписаним КП, ИТМ и пушачким статусом и дати савети |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |
| **Укупно** |  |  |  |  |  |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потпис и факсимил лекарa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СОМ-1**

**МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Назив здравствене установе*. Уписати назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.* Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

**Колона 0: Име и презиме изабраног лекара.** Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

**Колоне 1-6:** Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца ИЛОМ-1.

**Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби опште медицине у здравственој установи.**

*РЕД УКУПНО*

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5 и 6.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац СОМ-1*

**МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

**ЗА МЕСЕЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_.год.**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Име и презиме изабраног лекара | Први преглед ради лечења  1200039 | Поновни преглед ради лечења  1200047; 1200054; | Циљани преглед на рак дебелог црева  (50 + год.) 1000223 | Број упута за специјал. преглед | Превент. прегледи  1200013; 1000223; 1000025; | Остали прегледи  1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207; |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Укупно** |  |  |  |  |  |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потпис и факсимил начелника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СОМ-2**

**МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати месец и годину на које се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Назив здравствене установе*. Уписати назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.* Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

**Колона 0: Име и презиме изабраног лекара.** Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

**Колоне 1-6:** Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца ИЛОМ-2.

**Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби опште медицине у здравственој установи.**

*РЕД УКУПНО*

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5 и 6.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац СОМ-2*

**МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

**ЗА МЕСЕЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_.год.**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Име и презиме изабраног лекара | Вакцинација  против грипа (65 + год.)  (1000025) | Број упута за HgA1c особа са  Dg E10-E14 | Број упута за преглед очног дна особа са  Dg E10-E14 | Број првих прегледа (1200039) особа са Dg J02-J03 | Број 1200039 за Dg J02-J03 са проп. пеницил. | Број корисника са уписаним КП, ИТМ и пушачким статусом и дати савети |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Укупно** |  |  |  |  |  |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потпис и факсимил начелника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СОМ-3**

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Назив здравствене установе*. Уписати назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.* Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

**Колона 0**: Означава месец у години за који се уносе подаци.

**Колоне 1-6:** Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајући месец у години из Обрасца СОМ-1.

*РЕД УКУПНО*

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5 и 6.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац СОМ-3*

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_год.**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Месец | Први преглед ради лечења  1200039 | Поновни преглед ради лечења  1200047; 1200054; | Циљани преглед на рак дебелог црева  (50 + год.) 1000223 | Број упута за специјал. преглед | Превент. прегледи  1200013; 1000223; 1000025; | Остали прегледи  1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207; |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Јануар |  |  |  |  |  |  |
| Фебруар |  |  |  |  |  |  |
| Март |  |  |  |  |  |  |
| Април |  |  |  |  |  |  |
| Мај |  |  |  |  |  |  |
| Јун |  |  |  |  |  |  |
| Јул |  |  |  |  |  |  |
| Август |  |  |  |  |  |  |
| Септембар |  |  |  |  |  |  |
| Октобар |  |  |  |  |  |  |
| Новембар |  |  |  |  |  |  |
| Децембар |  |  |  |  |  |  |
| **Укупно** |  |  |  |  |  |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потпис и факсимил начелника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СОМ-4**

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Назив здравствене установе*. Уписати назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.* Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

**Колона 0:** Означава месец у години за који се уносе подаци.

**Колоне 1-6:** Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајући месец у години из Обрасца СОМ-2.

*РЕД УКУПНО*

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 1, 2, 3, 4, 5 и 6.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац СОМ-4*

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_год.**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Месец | Вакцинација  против грипа (65 + год.)  (1000025) | Број упута за HgA1c особа са  Dg E10-E14 | Број упута за преглед очног дна особа са  Dg E10-E14 | Број првих прегледа (1200039) особа са Dg J02-J03 | Број 1200039 за Dg J02-J03 са проп. пеницил. | Број корисника са уписаним КП, ИТМ и пушачким статусом и дати савети |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Јануар |  |  |  |  |  |  |
| Фебруар |  |  |  |  |  |  |
| Март |  |  |  |  |  |  |
| Април |  |  |  |  |  |  |
| Мај |  |  |  |  |  |  |
| Јун |  |  |  |  |  |  |
| Јул |  |  |  |  |  |  |
| Август |  |  |  |  |  |  |
| Септембар |  |  |  |  |  |  |
| Октобар |  |  |  |  |  |  |
| Новембар |  |  |  |  |  |  |
| Децембар |  |  |  |  |  |  |
| **Укупно** |  |  |  |  |  |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потпис и факсимил начелника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА Е10-Е14**

**ЕВИДЕНЦИЈА О ПРЕВЕНТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА ДИЈАБЕТИЧАРА**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О ЛЕКАРУ И ПАЦИЈЕНТУ*

*Име и презиме лекара.* Уписати пуно име и презиме лекара

*ЈМБГ лекара.* У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

*Име и презиме пацијента.* Уписати пуно име и презиме пацијента.

*Број картона.* Уписати број здравственог картона пацијента.

*Број електронског картона.* Уписати број електронског здравственог картона пацијента.

*Године пацијента.* Уписати године (старост) пацијента.

*Пол.* Заокружити пол пацијента.

*Тип дијабета.* Заокружити тип дијабета.

*ПЛАНИРАНЕ И РЕАЛИЗОВАНЕ АКТИВНОСТИ*

**Напомена 1:** Уписати само реализоване активности у току текуће године.

**Напомена 2:** Лекар у табелу може унети лабораторијске вредности за наведене параметре из било које лабораторије (дома здравља, државних и приватних лабораторија и установа виших нивоа) уколико су рађене у текућој години.

**1. Анамнеза.** Уписати датум узете анамнезе.

**2. Физички преглед.** Уписати датум физичког прегледа.

**3. Присуство гојазности.** У табелу уписати измерене или израчунате вредности у одговарајућу колону.

**4. Стање гликорегулације.**

**А) Гликемија наште.** У табелу унети вредност гликемије приликом редовне контроле у одговарајући месец када је вршено мерење.

**Б) HbA1c.** У табелу унети вредност HbA1c приликом редовне контроле у одговарајући квартал када је вршено мерење.

**5. Статус липидних параметара.** У табелу уписати вредности у одговарајућу колону.

**6. Стање артеријског притиска.** У табелу унети вредност крвног притиска приликом редовне контроле у одговарајући месец када је вршено мерење.

**7. – 14. Планирани прегледи и фактори ризика.** У одговарајућем реду за сваку планирану активност у колони „Преглед извршен“ заокружити + уколико је у току године вршено испитивање/ преглед или проверен статус фактора ризика. У колону „Фактор ризика утврђен“ заокружити Да уколико постоји утврђен фактор ризика или Не уколико пацијент нема утврђен фактор ризика.

**15. Планиране активности – Саветовање о мерама за промену начина живота.** На основу претходно утврђеног здравственог стања пацијента и процене фактора ризика, лекар планира индивидуални или групни здравствено-васпитни рад са пацијентом за област која захтева интервенцију.

**16. Друго.** Уписати друге чињенице од значаја за дотичног пацијента.

**Напомена:** Вођењеовог обрасца није обавезно.Образац је креиран у циљу регистрације броја пацијената који болују од шећерне болести (Diabetes mellitus) Е10-Е14 за сваког изабраног лекара у служби опште медицине, као и лакшег праћења показатеља број 7 и 8 (поља су болдована у обрасцу). Здравствене установе које поседују савремене информационе системе вредности показатеља могу добити упитом из информационих система. Планиране активности су креиране коришћењем препорука следећих водича добре праксе:

1. Diabetes mellitus, Национални водич клиничке праксе, Национални комитет за израду водича клиничке праксе у Србији, ЕПОС под покровитељством Министарства здравља Републике Србије, 2002.;

2. Саветовалиште за дијабетес у Центру за превентивне здравствене услуге Домова здравља, Републичка стручна комисија за шећерну болест Министарства здравља Републике Србије, Пројекат Министарства здравља Републике Србије „Унапређење превентивних здравствених услуга у Србији“, 2006.;

3. Менаџмент болестима 5: Модел дијабетеса. Обука за менаџмент у примарној здравственој заштити. Семинар акредитовао Програмски савет за континуирану едукацију Медицинског факултета у Београду, 2010.;

Планиране активности (анамнеза, физички преглед и др.) су детаљно описане у наведеним водичима.

Изабрани лекари који на предложени начин формирају базу регистрованих пацијената моћи ће да прате менаџмент дијабетесом пацијената кроз време и да заједно са пацијентом планирају здравствено-васпитне активности које је потребно интензивирати. Примена обрасца омогућава лекарима да планирају активности у циљу превенције секундарних компликација, да прате и унапреде здравствено стање пацијента и свој рад.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац Е10-Е14*

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЈМБГ ЛЕКАРА l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l

**ЕВИДЕНЦИЈА О ПРЕВЕНТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА ДИЈАБЕТИЧАРА**

**ЗА 20\_\_\_\_\_\_.год.**

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БРОЈ КАРТОНА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БРОЈ ЕЛЕКТРОНСКОГ КАРТОНА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ГОДИНЕ ПАЦИЈЕНТА \_\_\_\_\_\_\_ ПОЛ Ж М ТИП ДИЈАБЕТА 1 2

**Планиране и реализоване активности**

1. Анамнеза
2. Физички преглед
3. Присуство гојазности

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Телесна висина | Телесна маса | Индекс телесне масе | Обим струка | Обим кукова |
|  |  |  |  |  |

1. Стање гликорегулације

а) Гликемија наште

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Јан. | Феб. | Март | Април | Мај | Јун | Јул | Авг. | Сеп. | Окт. | Нов. | Дец. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

б) **HbA1c**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I квартал | II квартал | III квартал | IV квартал |
|  |  |  |  |

1. Статус липидних параметара

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Липидни профил | LDL | HDL | Холестерол-укупно | Триглицериди |
|  |  |  |  |

6. Стање артеријског притиска \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Јан. | Феб. | Март | Април | Мај | Јун | Јул | | Авг. | Сеп. | | Окт. | | Нов. | | Дец. |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| Р.бр. | **Планирани прегледи** | | | | | | Преглед извршен | | | | | Фактор ризика утврђен | | | |
| 7. | Присуство протеина у урину (преглед урина) | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 8. | Присуство анемије (крвна слика) | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 9. | Стање функције вида (преглед офталмолога) | | | | | |  | | | | | | | | |
| 9а. | **очно дно** | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 9б. | оштрина вида | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 10. | Присуство васкуларне исхемије | | | | | |  | | | | | | | | |
| 10а. | преглед периферних пулсева | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 10б. | преглед стопала | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 10в. | еректилна дисфункција | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 11. | Присуство срчане исхемије (EKG) | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 12. | Присуство мождане исхемије (неуролошки преглед) | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 13 | Фактори ризика | | | | | | | | | | |  | |  | |
| 13а. | Пушење | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 13б. | Конзумирање алкохола | | | | | | + | | | - | | Да | | Не | |
| 14. | Вакцинација против грипа | | | | | | + | | | - | |  | |  | |

15. Планиране активности - Саветовање о мерама за промену начина живота

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Област | Индивидуално | Групно |
| Исхрана |  |  |
| Физичка активност |  |  |
| Регулација телесне тежине |  |  |
| Прекид пушења |  |  |
| Алкохол |  |  |

16. Друго:

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА И10-И15**

**ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА СА АРТЕРИЈСКОМ ХИПЕРТЕНЗИЈОМ**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О ЛЕКАРУ И ПАЦИЈЕНТУ*

*Име и презиме лекара.* Уписати пуно име и презиме лекара

*ЈМБГ лекара.* У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

*Име и презиме пацијента.* Уписати пуно име и презиме пацијента.

*Број картона.* Уписати број здравственог картона пацијента.

*Број електронског картона.* Уписати број електронског здравственог картона пацијента.

*Године пацијента.* Уписати године (старост) пацијента.

*Пол.* Заокружити пол пацијента.

*ПЛАНИРАНЕ И РЕАЛИЗОВАНЕ АКТИВНОСТИ*

**Напомена 1:** Уписати само реализоване активности у току текуће године.

**Напомена 2:** Лекар у табелу може унети лабораторијске вредности за наведене параметре из било које лабораторије (дома здравља, државних и приватних лабораторија и установа виших нивоа) уколико су рађене у текућој години.

**1. Анамнеза.** Уписати датум узете анамнезе.

**2. Физички преглед.** Уписати датум физичког прегледа.

**3. Присуство гојазности.** У табелу уписати измерене или израчунате вредности у одговарајућу колону.

**4. Рутинска испитивања.** Уписати вредности за одговарајуће параметре.

**5. Статус липидних параметара.** У табелу уписати вредности у одговарајућу колону.

**6. Стање артеријског притиска.** У табелу унети вредност крвног притиска приликом редовне контроле у одговарајући месец када је вршено мерење. Заокружити степен хипертензије дотичног пацијента.

**7. Терапија.** У табели означити немедикаментну и/или медикаментну терапију коју дотични пацијент тренутно користи.

**8. Стратификација укупног кардиоваскуларног ризика.** Уз упутство у Националном водичу за лекаре у примарној здравственој заштити Артеријска хипертензија, за пацијента израчунати факторе ризика и SCORE 10-годишњег ризика од фаталне кардиоваскуларне болести код пацијената са високим ризиком.

**9. Планиране активности – Саветовање о мерама за промену начина живота.** На основу претходно утврђеног здравственог стања пацијента и процене фактора ризика, лекар планира индивидуални или групни здравствено-васпитни рад са пацијентом за област која захтева интервенцију.

**10. Друго.** Уписати друге чињенице од значаја за дотичног пацијента.

**Напомена:** Вођењеовог обрасца није обавезно.Образац је креиран у циљу регистрације броја пацијената који болују од повишеног крвног притиска (Hypertensio arterialis) И10-И15 за сваког изабраног лекара у служби опште медицине, као и лакшег праћења показатеља број 6 (поље болдовано у обрасцу). Планиране активности су креиране коришћењем препорука водича добре праксе:

1. Артеријска хипертензија, Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити, Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси, Министарства здравља Републике Србије, Српско лекарско друштво. 2005.;

2. Менаџмент болестима 6: Модел хипертензије. Обука за менаџмент у примарној здравственој заштити. Семинар акредитовао Програмски савет за континуирану едукацију Медицинског факултета у Београду, 2010.;

Планиране активности (анамнеза, физички преглед и др.) су детаљно описане у водичу.

Изабрани лекари који на предложени начин формирају базу регистрованих пацијената моћи ће да прате менаџмент хипертензијом пацијената кроз време и да заједно са пацијентом планирају здравствено-васпитне активности које је потребно интензивирати. Примена обрасца омогућава лекарима да планирају активности у циљу превенције секундарних компликација, да прате и унапреде здравствено стање пацијента и свој рад.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари- образац И10-И15*

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЈМБГ ЛЕКАРА l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l

**ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА СА АРТЕРИЈСКОМ ХИПЕРТЕНЗИЈОМ**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_годину**

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БРОЈ КАРТОНА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БРОЈ ЕЛЕКТРОНСКОГ КАРТОНА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ГОДИНЕ ПАЦИЈЕНТА \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПОЛ Ж М

**Планиране и реализоване активности**

1. Анамнеза
2. Физички преглед
3. Присуство гојазности

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Телесна висина | Телесна маса | Индекс телесне масе | Обим струка | Обим кукова |
|  |  |  |  |  |

1. Рутинска испитивања

Глукоза наште\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Хемоглобин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хематокрит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мокраћна киселина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серумски креатинин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Серумски калијум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Преглед урина

1. Статус липидних параметара

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Липидни профил | LDL | HDL | Холестерол-укупно | Триглицериди |
|  |  |  |  |

1. **Стање артеријског притиска и класификација**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Јан. | Феб. | Март | Април | Мај | Јун | Јул | Авг. | Сеп. | Окт. | Нов. | Дец. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

А) Стадијум 1 (блага) 140-159/ 90-99

Б) Стадијум 2 (умерена) 160-179/ 100-109

В) Стадијум 3 (тешка) ≥180 / ≥110

Г) Изолована системска хипертензија ≥140/ <90

1. Терапија

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Промена начина живота | | Медикаментна терапија | |
| Редукција телесне тежине |  | Диуретици |  |
| Рестриктивни унос соли |  | Бета блокатори |  |
| Надокнада калијума и калцијума |  | Блокатари калцијумових канала |  |
| Рестрикција уноса засићених масти |  | ACE инхибитори |  |
| Смањен унос алкохола |  | Блокатори ангитензин II рецептора |  |
| Повећање физичке активности |  | Алфа1 блокатори |  |
| Прекид пушења |  |  |  |

1. Стратификација укупног кардиоваскуларног ризика

|  |  |
| --- | --- |
| Фактори ризика |  |
| Хипертензија |  |
| Пол |  |
| Старосна доб |  |
| Повишене вредности LDL или укупног холестерола |  |
| Позитивна породична анамнеза |  |
| Гојазност |  |
| Пушење |  |
| CRP ≥ 1 mg% |  |
| **SCORE** 10 - годишњи ризик од фаталне КВ болести код пацијената са високим ризиком |  |

9. Планиране активности - Саветовање о мерама за промену начина живота

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Област | Индивидуално | Групно |
| Исхрана |  |  |
| Физичка активност |  |  |
| Регулација телесне тежине |  |  |
| Прекид пушења |  |  |
| Алкохол |  |  |

10. Друго:

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА КП-1**

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА**

**СА ПОВИШЕНИМ КРВНИМ ПРИТИСКОМ**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

*Назив пункта*.Уписати тачан назив пункта (здравствена станица, амбуланта).

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА

Уписати пуно име и презиме лекара

ЈМБГ ЛЕКАРА

У предвиђене кућице уписати јединствени матични број лекара.

**Колона 1**: **Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90.** Уписати укупан број осигураника који имају регистровану дијагнозу повишеног крвног притиска (Hypertensio arterialis) И10-И15, а чија је измерена и регистрована вредност крвног притиска приликом последње редовне контроле у текућој години била нижа од 140/90. Као извор података могу послужити обрасци Повишен крвни притисак И10-И15, здравствени картон, електронски картон, картончићи за контролу вредности крвног притиска пацијената или друга расположива медицинска документација.

**Напомена: Образац КП 1 се попуњава само на крају текуће године (децембар/јануар).**

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Лекар за кога је наведена евиденција вођена потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране лекара.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац КП-1*

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА**

**СА ПОВИШЕНИМ КРВНИМ ПРИТИСКОМ**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_ годину**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив пункта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЛЕКАРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЈМБГ ЛЕКАРА**  **l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l\_ l**

|  |  |
| --- | --- |
| Година | Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90 |
| 0 | 1 |
| **Укупно** |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потпис и факсимил лекарa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА КП-2**

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА СА ПОВИШЕНИМ КРВНИМ ПРИТИСКОМ У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

На предвиђеној линији у наслову обрасца уписати годину на коју се односи евиденција.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Назив здравствене установе.*Уписати назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.*Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

**Колона 0: Име и презиме изабраног лекара.** Уписати пуно име и презиме одређеног лекара, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

**Колона 1: Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90.** Уписати у одговарајућу колону вредност из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца КП 1.

**Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби опште медицине у здравственој установи.**

*РЕД УКУПНО*

У реду „укупно“ сумирати податке за колону 1.

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово пуно име и презиме.

Начелник/руководилац службе опште медицине потврђује тачност података својим потписом и факсимилом.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране начелника/руководиоца службе.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац КП-2*

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПАЦИЈЕНТИМА**

**СА ПОВИШЕНИМ КРВНИМ ПРИТИСКОМ**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_годину**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме изабраног лекара | Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90 |
| 0 | 1 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Укупно** |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потпис и факсимил начелника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ОМ**

**ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

**Извештај се формира за ниво здравствене установе у целини.**

На предвиђене линије у наслову обрасца уписати годину на коју се односи извештај.

*ОПШТИ ПОДАЦИ О УСТАНОВИ*

*Филијала РЗЗО.* Уписати седиште филијале којој здравствена установа припада.

*Институт/завод за јавно здравље.* Уписати седиште института/завода за јавно здравље на чијој територији/округу се налази здравствена установа.

*Назив здравствене установе.* Уписати тачан назив здравствене установе.

*Назив здравствене установе у саставу.* Уписати тачан назив здравствене установе у саставу.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **р.бр.** | **Назив показатеља** | **(б)**ројилац | **(и)**менилац | **вредност показатеља** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **1** | Проценат регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара. | Број регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара у претходној години  ***Број регистрованих осигураника из електронске фактуре*** | Укупан број регистрованих корисника  ***Број регистриваних осигураника из Регистрације изабраног лекара - Образац РИЛ-2:***  ***Ред: Укупно: колона: 8*** | **Б1/И1 X 100** |
| **2** | Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног лекара | Укупан број поновних прегледа ради лечења и укупан број посебних прегледа ради допунске дијагностике и даљег лечења  (1200047; 1200054)  ***Образац СОМ-3:***  ***Ред: Укупно: колона 2*** | Укупан број првих прегледа ради лечења  (1200039)  ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: Колона 1*** | **Б2/И2** |
| **3** | Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код лекара | Укупан број упута за специјалистичко-консултативне прегледе  ***Образац СОМ-3:***  ***Ред: Укупно: колона 4*** | Укупан број прегледа и посета изабраног лекара  (1200013; 1000223; 1000025; 1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207)  ***Образац СОМ-3:***  ***Ред: Укупно: Збир колона 5 и 6*** | **Б3/И3 X 100** |
| **4** | Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара. | Укупан број превентивних прегледа  (1200013; 1000223; 1000025)  ***Образац СОМ-3:***  ***Ред: Укупно: колона 5*** | Укупан број прегледа и посета изабраног лекара  (1200013; 1000223; 1000025; 1200039; 1200047; 1200054; 1000017; 1000215; 1000207)  ***Образац СОМ-3:***  ***Ред: Укупно: Збир колона 5 и 6*** | **Б4/И4 X 100** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **р.бр.** | **Назив показатеља** | **(б)**ројилац | **(и)**менилац | **вредност показатеља** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **5** | Обухват регистрованих корисника старијих од 65 година вакцинацијом против сезонског грипа. | Број регистрованих корисника старијих од 65 година који су вакцинисани против сезонског грипа  (1000025)  ***Образац СОМ-4:***  ***Ред: Укупно: колона 1*** | Укупан број регистрованих корисника старијих од 65 година  ***Образац РИЛ-2:***  ***Ред: Укупно: Збир колона: 4 и 5*** | **Б5/И5 X 100** |
| **6** | Проценат оболелих од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је на последњем контролном прегледу, вредност крвног притиска била нижа од 140/90. | Број регистрованих корисника од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90  ***Образац КП-2:***  ***Ред: Укупно: колона 1*** | Укупан број регистрованих корисника оболелих од повишеног крвног притиска (И10-И15)  ***Образац РИЛ-2:***  ***Ред: Укупно: колона: 7*** | **Б6/И6 X 100** |
| **7** | Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) који су упућени на преглед очног дна. | Број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) који су у претходној години упућени на преглед очног дна  ***Образац СОМ-4:***  ***Ред: Укупно: колона 3*** | Укупан број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14)  ***Образац РИЛ-2:***  ***Ред: Укупно: колона: 6*** | **Б7/И7 X 100** |
| **8** | Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) код којих је бар једном одређена вредност гликолизираног хемоглобина (ХбА1ц). | Број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) код којих је у претходној години бар једном одређена вредност гликолизираног хемоглобина (HbA1c)  ***Образац СОМ-4:***  ***Ред: Укупно: колона 2*** | Укупан број регистрованих корисника оболелих од шећерне болести (Е10-Е14)  ***Образац РИЛ-2:***  ***Ред: Укупно: колона: 6*** | **Б8/И8 X 100** |
| **9** | Проценат регистрованих корисника у чији је здравствени картон убележена вредност крвног притиска, индекс телесне масе - ИТМ, пушачки статус и препоручени савети за здраво понашање. | Број регистрованих корисника којима су у претходној години у здравствени картон убележени: крвни притисак, индекс телесне масе - ИТМ и пушачки статус и препоручени савети за здраво понашање  ***Образац СОМ-4:***  ***Ред: Укупно: колона 6*** | Укупан број регистрованих корисника  ***Број регистриваних осигураника из Регистрације изабраног лекара - Образац РИЛ-2:***  ***Ред: Укупно: колона: 8*** | **Б9/И9 X 100** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **р.бр.** | **Назив показатеља** | **(б)**ројилац | **(и)**менилац | **вредност показатеља** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **10** | Проценат регистрованих корисника старијих од 50 година којима је урађен тест на крвављење у столици (хемокулт тест). | Број регистрованих корисника старијих од 50 година којима је у претходној години урађен тест на крвављење у столици (хемокулт тест-1000223)  ***Образац СОМ-3: Ред: Укупно: колона 3*** | Укупан број регистрованих корисника старијих од 50 година  ***Образац РИЛ-2:***  ***Ред: Укупно: збир колона: 3, 4 и 5*** | **Б10/И10 X 100** |
| **11** | Проценат епизода са тонзилофарингитисом (Ј02, Ј03) код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином. | Број епизода са тонзилофарингитисом (Ј02, Ј03) код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином  ***Образац СОМ-4:***  ***Ред: Укупно: колона 5*** | Укупан број епизода са тонзилофарингитисом лечених у претходној години  ***Образац СОМ-4:***  ***Ред: Укупно: колона 4*** | **Б11/И11 X 100** |

На линији предвиђеној за уписивање података за лице које је урадило извештај и које гарантује тачност података, уписати његово име и презиме.

Директор здравствене установе на коју се извештај односи потврђује тачност података својим потписом и печатом установе.

На линији која се односи на датум уноси се датум оверавања извештаја од стране директора здравствене установе.

*Показатељи квалитета у ПЗЗ - здравствена делатност коју обављају изабрани лекари - образац ОМ*

*ФИЛИЈАЛА РЗЗО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА РАДА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА**

**У СЛУЖБИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ГОДИНУ**

**Назив здравствене установе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **р.бр.** | **Назив показатеља** | **бројилац** | **именилац** | **вредност показатеља** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Проценат регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара. |  |  |  |
| 2 | Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног лекара |  |  |  |
| 3 | Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код лекара |  |  |  |
| 4 | Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара. |  |  |  |
| 5 | Обухват регистрованих корисника старијих од 65 година вакцинацијом против сезонског грипа. |  |  |  |
| 6 | Проценат оболелих од повишеног крвног притиска (И10-И15) код којих је на последњем контролном прегледу, вредност крвног притиска била нижа од 140/90. |  |  |  |
| 7 | Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) који су упућени на преглед очног дна. |  |  |  |
| 8 | Проценат оболелих од шећерне болести (Е10-Е14) код којих је бар једном одређена вредност гликолизираног хемоглобина (ХбА1ц). |  |  |  |
| 9 | Проценат регистрованих корисника у чији је здравствени картон убележена вредност крвног притиска, индекс телесне масе - ИТМ, пушачки статус и препоручени савети за здраво понашање. |  |  |  |
| 10 | Проценат регистрованих корисника старијих од 50 година којима је урађен тест на крвављење у столици (хемокулт тест). |  |  |  |
| 11 | Проценат епизода са тонзилофарингитисом (Ј02, Ј03) код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином. |  |  |  |

**Извештај урадио/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДИРЕКТОР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датум\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**