**Члан 5. Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обавља изабрани лекар – доктор медицине специјалиста педијатрије у служби за здравствену заштиту деце и омладине**

Обрасци:

1. **РИП-1** – Евиденција о броју регистрованих осигураника изабраног педијатра за текућу годину
2. **РИП-2** – Евиденција о броју регистрованих осигураника у служби за здравствену заштиту деце и омладине за текућу годину
3. **ИП-1** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
4. **ИП-2** – Дневна евиденција о показатељима квалитета за текући месец
5. **СП-1** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту деце и омладине
6. **СП-2** – Месечна евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту деце и омладине
7. **СП-3** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту деце и омладине
8. **СП-4** – Годишња евиденција о показатељима квалитета у служби за здравствену заштиту деце и омладине
9. **П** – Извештај о показатељима квалитета изабраних лекара у служби за здравствену заштиту деце и омладине за текућу годину

Сваки изабрани лекар/педијатар у служби за здравствену заштиту деце и омладине треба да има листу регистрованих осигураника:

А) Укупан број свих регистрованих осигураника/ пацијената

Б) Број регистрованих осигураника/ пацијената старости 14 година (у 8. разреду основне школе)

В) Број предгојазне и гојазне деце регистроване на систематским и контролним прегледима

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА РИП-1**

**ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА**

**ИЗАБРАНОГ ПЕДИЈАТРА**

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**: **0 година (одојче).** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

**Колона 2: 1**–**6.** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

**Колона 3**: **7**–**18.** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине.

**Колона 4**: **14 година (вакцинални статус).** Уписати укупан број регистрованих осигураника ове добне скупине, односно оних који похађају осми разред основне школе.

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

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 педијатри - образац РИП-1*

**ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА**

**ИЗАБРАНОГ ПЕДИЈАТРА**

**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. | 0 година (одојче) | 1–6 година | 7–18 година | 14 година (VIII разред -вакцинални статус) | уКУПНО ОСИГУРАНИКА (1+2+3) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Број осигураника |  |  |  |  |  |

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

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

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

 **УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА РИП-2**

**ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА**

**У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

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 педијатра.** Уписати пуно име и презиме одређеног лекара/педијатра, да би се омогућило праћење броја регистрованих осигураника за сваког лекара/ педијатра на нивоу здравствене установе.

**Колоне 1-5:** Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Број осигураника» за одговарајаћег изабраног лекара/ педијатра из Обрасца РИП-1.

**Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби за здравствену заштиту деце и омладине у здравственој установи.**

 *РЕД УКУПНО*

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 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.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту деце и омладине 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 педијатри - образац РИП-2*

**ЕВИДЕНЦИЈА О БРОЈУ РЕГИСТРОВАНИХ ОСИГУРАНИКА**

**У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_\_ годину**

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| име и презиме изабраног педијатра | 0 година (одојче) | 1–6 година | 7–18 година | 14 година (вакцинални статус) | уКУПНО ОСИГУРАНИКА (1+2+3) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Укупно |  |  |  |  |  |

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

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

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

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА ИП-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 (1100064).** Уписати укупан број услуга са наведеном шифром за одређени датум (дан).

**Колона 2: Поновни преглед ради лечења (1100072; 1100080).** Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

**Колона 3**: **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 4**: **Превентивни прегледи (1100015; 1100023; 1100049; 1100056; 1100025; 1100031; 22000103-18).** Уписати укупан број услуга са наведеним шифрама за одређени датум (дан).

**Колона 5: Остали прегледи (1100064; 1100072; 1100080; 1000017;1000215; 1000207; 2200103-19).** 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 педијатри - образац ИП-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 лечења1100064 | Поновни прегледи ради лечења1100072; 1100080; | Број упута за специјалист.преглед | Превентивни прегледи1100015; 1100023; 1100049, 1100056; 1100025; 1100031; 2200103-18 | Остали прегледи1100064; 1100072; 1100080; 1000017; 1000215; 1000207; 2200103-19; |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 ИП-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**: **Број првих прегледа деце (1100064) са дијагнозом Ј00-Ј06.** Уписати укупан број првих прегледа деце ради лечења (1100064) са дијагнозом Ј00-Ј06 за одређени датум (дан).

**Колона 2: Број првих прегледа деце (1100064) са дијагнозом Ј00-Ј06 и са прописаном антибиотском терапијом (АБ) било ког облика.** Уписати укупан број првих прегледа деце ради лечења (1100064) са дијагнозом Ј00-Ј06 при којима је прописана антибиотска терапија (било ког облика) за одређени датум (дан).

**Колона 3**: **Број куративних прегледа са прописаном АБ терапијом (све дијагнозе).** Уписати укупан број куративних прегледа (1100064; 1100072; 1100080) при којима је прописан било који облик антибиотске терапије (све дијагнозе) за одређени датум (дан).

**Колона 4**: **Број куративних прегледа са прописаном ампулираном АБ терапијом (све дијагнозе).** Уписати укупан број куративних прегледа (1100064; 1100072; 1100080) при којима је прописан ампулиран облик антибиотске терапије (све дијагнозе) за одређени датум (дан).

**Колона 5**: **Број предгојазне и гојазне деце дијагностиковане при систематским и контролним прегледима.** Уписати укупан број предгојазне и гојазне деце дијагностиковане при систематским и контролним прегледима за одређени датум (дан).

**Напомена: Уважавају се све методе за одређивање гојазности код деце.**

**Колона 6: Број предгојазне и гојазне деце којима је дат савет о правилној исхрани.** Уписати укупан број предгојазне и гојазне деце код које је при систематском и/или контролним прегледу дат савет о правилној исхрани и исти (савет) забележен у медицинској документацији за одређени датум (дан).

**Напомена:** Подразумева једном у току године.

**Колона 7:** **Број деце у 15. години (8. разред) са комплетном имунизацијом**. Уписати број деце са верификованом (медицинском документацијом) комплетном имунизацијом при систематском/ контролном прегледу (последња трећа ревакцинација за дТ и ОПВ) 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 педијатри - образац ИП-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 | Број првих прегледа (1100064) деце са Dg J00-J06 | Број 1100064 деце са Dg Ј00-Ј06 и са прописаном АБ терапијом (било ког облика) | Број куративних прегледа са прописаном АБ терапијом (све дијагнозе) | Број куративних прегледа са прописаном ампулираном АБ терапијом (све дијагнозе) | Број предгојазне и гојазне деце дијагностиковане при систематским и контролним прегледима | Број предгојазне и гојазне деце којима је дат савет о правилној исхрани | Број деце у 15. години (8.разред) са комплетном имунизацијом |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 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 СП-1**

**МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

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/ педијатра, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

**Колоне 1-5:** Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца ИП-1.

**Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби здравствене заштите деце и омладине у здравственој установи.**

 *РЕД УКУПНО*

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 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.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту деце и омладине 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 педијатри - образац СП-1*

**МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ**

**ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Име и презиме изабраног лекара | Први преглед ради лечења1100064 | Поновни прегледи ради лечења1100072; 1100080; | Број упута за специјалист.преглед | Превентивни прегледи1100015; 1100023; 1100049, 1100056; 1100025; 1100031; 2200103-18 | Остали прегледи1100064; 1100072; 1100080; 1000017; 1000215; 1000207; 2200103-19; |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Укупно** |  |  |  |  |  |

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

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

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СП-2**

**МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

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/ педијатра, да би се омогућило праћење показатеља квалитета за сваког лекара на нивоу здравствене установе.

**Колоне 1-7:** Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајућег изабраног лекара из Обрасца ИП-2.

**Напомена: Број редова у обрасцу зависи од броја изабраних лекара у служби здравствене заштите деце и омладине у здравственој установи.**

 *РЕД УКУПНО*

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

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 за здравствену заштиту деце и омладине 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 педијатри - образац СП-2*

**МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ**

**ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Име и презиме изабраног лекара | Број првих прегледа (1100064) деце са Dg J00-J06 | Број 1100064 деце са Dg Ј00-Ј06 и са прописаном АБ терапијом (било ког облика) | Број куративних прегледа са прописаном АБ терапијом (све дијагнозе) | Број куративних прегледа са прописаном ампулираном АБ терапијом (све дијагнозе) | Број предгојазне и гојазне деце дијагностиковане при систематским и контролним прегледима | Број предгојазне и гојазне деце којима је дат савет о правилној исхрани | Број деце у 15. години (8.разред) са комплетном имунизацијом |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Укупно** |  |  |  |  |  |  |  |

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

**УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОБРАСЦА СП-3**

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

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 1-5:** Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајући месец у години из Обрасца СП-1.

 *РЕД УКУПНО*

У реду „укупно“ сумирати податке за колоне 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.

Начелник/руководилац службе за здравствену заштиту деце и омладине 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 педијатри - образац СП-3*

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_год.**

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Месец | Први преглед ради лечења1100064 | Поновни прегледи ради лечења1100072; 1100080; | Број упута за специјалист.преглед | Превентивни прегледи1100015; 1100023; 1100049, 1100056; 1100025; 1100031; 2200103-18 | Остали прегледи1100064; 1100072; 1100080; 1000017; 1000215; 1000207; 2200103-19; |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 СП-4**

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

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 1-7:** Уписати у одговарајућу колону вредост из реда «Укупно» за одговарајући месец у години из Обрасца СП-2.

 *РЕД УКУПНО*

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

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 за здравствену заштиту деце и омладине 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 педијатри - образац СП-4*

**ГОДИШЊА ЕВИДЕНЦИЈА О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА**

**У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

**ЗА \_\_\_\_\_\_\_год.**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Месец | Број првих прегледа (1100064) деце са Dg J00-J06 | Број 1100064 деце са Dg Ј00-Ј06 и са прописаном АБ терапијом (било ког облика) | Број куративних прегледа са прописаном АБ терапијом (све дијагнозе) | Број куративних прегледа са прописаном ампулираном АБ терапијом (све дијагнозе) | Број предгојазне и гојазне деце дијагностиковане при систематским и контролним прегледима | Број предгојазне и гојазне деце којима је дат савет о правилној исхрани | Број деце у 15. години (8.разред) са комплетном имунизацијом |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 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 П**

**ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

**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 педијатра у претходној години ***Број регистрованих осигураника из електронске фактуре*** | Укупан број регистрованих корисника***Број регистриваних осигураника из Регистрације изабраног педијатра - Образац РИП-2:*** ***Ред: Укупно: колона: 5*** | **Б1/И1 X 100** |
| **2** | Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног лекара | Укупан број поновних прегледа ради лечења и укупан броја посебних прегледа ради допунске дијагностике и даљег лечења***Образац СП-3:*** ***Ред: Укупно: колона 2*** | Укупан број првих прегледа ради лечења ***Образац СП-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 СП-3:*** ***Ред: Укупно: колона 3*** | Укупан број прегледа и посета изабраног педијатра***Образац СП-3:*** ***Ред: Укупно: Збир колона 4 и 5*** | **Б3/И3 X 100** |
| **4** | Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара. | Укупан број превентивних прегледа ***Образац СП-3:*** ***Ред: Укупно: колона 4*** | Укупан број прегледа и посета изабраног педијатра***Образац СП-3:*** ***Ред: Укупно: Збир колона 4 и 5*** | **Б4/И4 X 100** |
| **5** | Проценат епизода са акутним инфекцијама горњих дисајних путева (Ј00-Ј06) код којих је при првом прегледу прописан антибиотик. | Број епизода акутних инфекција горњих дисајних путева (Ј00-Ј06) код којих је при првом прегледу прописан антибиотик***Образац СП-4: Ред: Укупно: колона 2*** | Укупан број епизода акутних инфекција горњих дисајних путева лечених у претходној години ***Образац СП-4:*** ***Ред: Укупно: колона 1*** | **Б5/И5 X 100** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **р.бр.** | **Назив показатеља** | **(б)**ројилац | **(и)**менилац | **вредност показатеља** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **6** | Проценат епизода свих обољења код деце лечених антибиотицима у којим је ординирана ампулирана терапија. | Број епизода лечених ампулираном терапијом антибиотицима ***Образац СП-4: Ред: Укупно: колона 4*** | Укупан број епизода које су лечене антибиотицима у претходној години***Образац СП-4: Ред: Укупно: колона 3*** | **Б6/И6 X 100** |
| **7** | Проценат предгојазне/гојазне деце у чији је здравствени картон убележен статус ухрањености и дат савет о правилној исхрани. | Број предгојазне и гојазне деце на основу процене статуса ухрањености на било који од данас прихваћених начина којима је дат савет о правилној исхрани***Образац СП-4:*** ***Ред: Укупно: колона 6*** | Укупан број предгојазне и гојазне деце***Образац СП-4:*** ***Ред: Укупно: колона 5*** | **Б7/И7 X 100** |
| **8** | Обухват деце у 15. години живота комплетном имунизацијом  | Број деце у 15. години живота са комплетном имунизацијом ***Образац СП-4:*** ***Ред: Укупно: колона 7*** | Укупан број регистроване деце у 15. години живота***Образац РИП-2:*** ***Ред: Укупно: колона: 4*** | **Б8/И8 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 педијатрии - образац П*

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

**ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА РАДА ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА У СЛУЖБИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ**

**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 | Проценат епизода са акутним инфекцијама горњих дисајних путева (Ј00-Ј06) код којих је при првом прегледу прописан антибиотик. |  |  |  |
| 6 | Проценат епизода свих обољења код деце лечених антибиотицима у којим је ординирана ампулирана терапија. |  |  |  |
| 7 | Проценат предгојазне/гојазне деце у чији је здравствени картон убележен статус ухрањености и дат савет о правилној исхрани. |  |  |  |
| 8 | Обухват деце у 15. години живота комплетном имунизацијом  |  |  |  |

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

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