

Ispunjava HZJZ

Obrazac: JZ-PER

POVJERLJIVO

PRIJAVA PERINATALNE SMRTI

PODACI O ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

1. NAZIV USTANOVE **KB SPLIT**
0 2 9 6 0 2 9 6 3
(šifra HZZO)

2. ADRESA **SPINČIĆEVA 1**
2 1 0 0 0
(poštanski broj)

3. DJELATNOST - ODJEL **NEONATOLOGIJA**
3 1 6 0 1 0 0
(šifra HZZO)

OPĆI PODACI O RODILJI

4. Ime **X X X X**

5. Prezime **Y Y Y Y**

6. JMBG **2 5 0 7 9 7 2 3 8 8 9 0 9**
(datum rođenja) (ostatak JMBG)

b) Broj osigurane osobe **1 1 4 0 1 5 2 9 6 8 0**

c) Osiguravatelj **H Z Z O**

7. Prebivalište - mjesto **SOLIN**
0 5 8 8 8 2
(šifra naselja)

Adresa **SOLINSKA CESTA 49**

8. Strana zemlja **1 9 1**

9. Bračno stanje **2**
1 - neudana 4 - razvedena
2 - udana 5 - udovica
3 - u izvanbračnoj zajednici 9 - nepoznato

10. Obrazovanje 1 - bez OŠ 2 - nezavršena OŠ 3 - OŠ 4 - SŠ 5 - VŠS 6 - VSS 9 - nepoznato **4**

11. Radni status **1**
1 - redovan posao 4 - studentica 7. poljoprivrednica
2. nezaposlena / povremeni posao 5. umirovljenica 8. samostalna djelatnost
3. učenica 6. domaćica 9. nepoznato

12. Zanimanje (prema NKZ) **KNJIGOVOĐA**
4 1 2 1

13. Djelatnost (prema NKD) **FINANCIJSKO POSREDOVANJE**
6 5

PODACI O BORAVKU U USTANOVI I ANAMNESTIČKI PODACI

14. Boravak u zdravstvenoj ustanovi 0 - NE 1 - DA **1**

15. Datum primitka **1 7 0 4 2 0 0 2**

16. Datum otpusta **2 1 0 5 2 0 0 2**

17. Broj povijesti bolesti **7 1 2 0 0 2**

18. Broj dosadašnjih poroda **0** 19. Broj živorođene djece **0**

20. Broj mrtvorodenih **0**

21. Broj namjernih prekida trudnoće ____ 22. Broj spontanih prekida trudnoće ____

23. Prvi dan posljednje menstruacije _____

24. Dob trudnoće u navršenim tjednima i danima _____ tjedana dana

25. Antenatalni pregledi 1: 0-2 2: 3-5 3: 6-8 4: ≥9 26. UZV pregledi: 0 - NE DA

broj UZV pregleda

DIJETE I POROD

27. Dijete rođeno živo _____ dan: sat:

28. Dijete umrlo _____ dan: sat:

29. Dijete rođeno mrtvo _____ dan: sat:

30. Dijete umrlo: 1 - prije poroda (intrauterino) 2 - za vrijeme poroda 9 - nepoznato _____

31. Mjesto smrti: 1 - u zdravstvenoj ustanovi u kojoj je dijete rođeno 2 - u drugoj zdravstvenoj ustanovi
3 - na putu u zdravstvenu ustanovu 4 - kod kuće

32. Spol: 1 - Muški 2 - Ženski _____

33. Porodna težina (g) _____ 34. Duljina (cm) _____

35. Centile (PT/GD): 1 <10 2 10-90 3 >90 _____

36. Porod: 1 - jednoplodan 2 - dvoplodan 3 - troplodan 4 - višeplodan _____

37. Porod obavljen: 1 - u rodilištu 2 - izvan rodilišta _____

38. Način poroda: 1 - spontani vaginalno 2 - inducirani 3 - vakuum ekstrakcija/forceps 4 - carski rez _____

39. Uzroci smrti: (1. - 5.) _____

1. Glavna bolest ili stanje djeteta (+šifra MKB 10)
RDS - SINDROM RESPIRATORNOG DISTRESA NOVOROĐENČETA P

2. Druge bolesti ili stanja djeteta (+šifra MKB 10)
INTRAKRANIJALNO KRVARENJE P

3. Glavna bolest ili stanje majke koje je utjecalo na plod (+šifra MKB 10)
FETUS I NOVOROĐENČE ROĐENO NAKON PRIJEVREMENE RUPTURE P

4. Druge bolesti ili stanja majke koja su utjecala na plod (+šifra MKB 10)
OVOJNICA FETUS I NOVOROĐENČE S KORIOAMNIONITISOM P

5. Ostali mogući uzroci ili stanja od utjecaja na smrt djeteta (+šifra MKB 10)

40. Uzrok smrti potvrđen obdukcijom: 0 - NE 1 - DA _____

41. Patohistološki nalaz ploda i posteljice: **CHORIOAMNIONITIS AC SUPPURATIVA, RVP**
PRAEMATURUS; MEMBRANAE HYALOIDEAE GR. MEDII;
HAEMATOCEPHALUS INTERNUS šifra MKB 10: P

U: **SPLITU** Ispunio/la: **XXXX YYYY**
(ime i prezime)

dana: **21.05.2002.** _____
(potpis)

Šifra doktora medicine _____