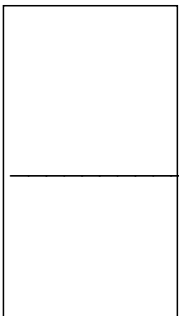
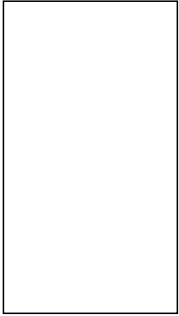


**ОБРАЗАЦ** ЗА ИСПИТИВАЊЕ ВЕРОВАТНОГ/ПОТВРЂЕНОГ СЛУЧАЈА КРПЕЉСКОГ ЕНЦ

Подаци о пацијенту

Презиме:

Име:

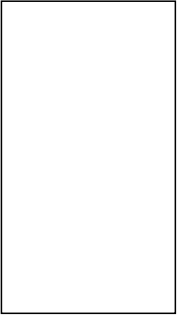



--

Адреса становања

Општина

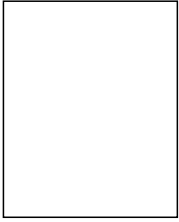
Округ



Године	стадијум рођења:
--------	------------------

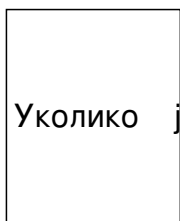
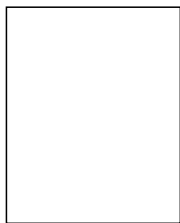
Пол: \_\_\_\_\_

Ток болести



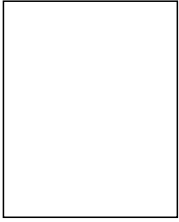
Датум почетка болести		ДА	НЕ

Да ли је пацијент хоспитализован



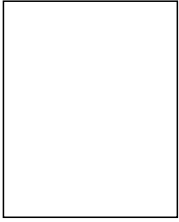
Уколико је пацијент хоспитализован, навести болницу: \_\_\_\_\_





Датум пријема: \_\_\_\_\_

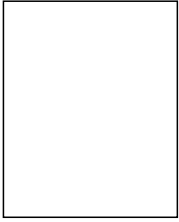
Датум отпуштања: \_\_\_\_\_



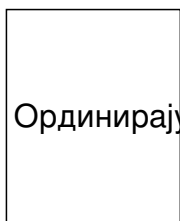
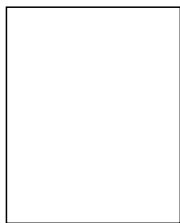
Дијагноза

на отпусту:

---



Пацијент	<b>ДА</b> <b>НЕ</b>	Пацијент умро	<b>ДА</b> <b>НЕ</b>	Уколико	<b>ДА</b>	, датум смрти: _____
----------	---------------------	---------------	---------------------	---------	-----------	----------------------



Ординирајући

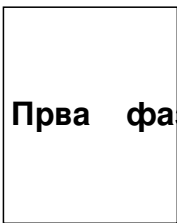
лекар:

\_\_\_\_\_

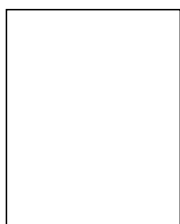
(име)

(број телефона)

Знаци и симптоми болести



**Прва фаза болести**



Температура	$\geq 38^\circ$	ДА НЕ
-------------	-----------------	-------

Болови у леђима

Д

Главобоља
-----------

ДА НЕ

Катар горњих дисајних путева

Умор

ДА НЕ

Гастроинтестинални симптоми

Болови у мишићима

ДА НЕ

Анорексија



Мучнина

ДА НЕ

**Системске манифестације друге фазе болести**

Температура	$\geq 38^\circ$	ДА НЕ
-------------	-----------------	-------

Менингеални знаци

Д

Главобоља
-----------

ДА НЕ

Неуобичајена поспаност

Мучнина

ДА НЕ

Сомноленција/несвестица

Повраћање

ДА НЕ

Узнемиреност

Вртоглавица
-------------

ДА НЕ

Тремор

Фотофобија
------------

ДА НЕ

Конвулзије

Укочен врат

ДА НЕ

Поремећај говора

Кернигов знак

ДА НЕ

Хиперкинезије мишића удова и лица

