

Udruženje za pomoć i podršku  
osobama sa cističnom fibrozom Srbije

## CF SRBIJE

### PODACI

Kako bi Udruženje za pomoć i podršku osobama sa cističnom fibrozom Srbije (CF Srbije), moglo da u svojim zahtevima prema državnim institucijama, a sa **ciljem ostvarivanja prava obolelih** od Cistične Fibroze, istupa sa tačnim podacima, molimo Vas, popunite sledeći upitnik:

#### Podaci o oboleloj osobi:

<b>Prezime i ime</b>			
<b>Datum rođenja</b>		<b>Adresa i Mesto</b>	
Kada je otkrivena CF i u kojoj zdravstvenoj ustanovi			
<b>Oznaka mutacija</b> (ukoliko su Vam poznate)	1.	2.	
<b>Bakterija/e</b> u plućima			

## T E R A P I J A

(u praznim rubrikama unesite naziv šta koristite prema vrstama medikamenata)

<b>Pankreasni enzim</b>					<b>Antibiotik</b> (oralni)	
<b>INHALACIJA</b> (prema vrstama lekova navedite nazive lekova koje koristite)	<b>Pulmozyme</b> (da / ne)	<b>7% NaCl</b> (da / ne)	<b>3% NaCl</b> (da / ne)	<b>0,9% NaCl</b> (da / ne)	<b>Berodual / Spalmitil / Ventolin</b> (navedite koji)	
	<b>Bramitob / Colistin / Colobreathe / Nešto drugo</b> (ako koristite navedite koji)					
<b>Pumpice</b> (Symbicort, Pulmicort,...)						
<b>Visoko-kalorični dodaci ishrani</b>					<b>Vitamini</b>	
Ukoliko koristite još nešto, molimo Vas, navedite šta (npr: koje suplemente...)						

#### Medicinsko-tehnička pomagala

<b>Inhalator-naziv, starost</b>	
<b>Akapela (Acapella) / PEP maska / Flutter / Nešto drugo</b> (navedite sve što koristite)	

Udruženje za pomoć i podršku osobama sa cističnom fibrozom Srbije

Šarplaninska 139M, 26000 Pančevo, 060/1616-622, MB: 17168878, PIB: 105964376, cfsrbija@gmail.com

Rn: 165-18593-41 Addiko Bank, Devizni: 2024005878, IBAN: RS35165000202400587851, SWIFT: HAABRSBG

## Zdravstveni problemi

(navedite sa kojim se problemima susrećete)

<b>Plućni problemi</b> (Astma ili nešto drugo)	
<b>Gastro-intestinalni problemi</b>	
<b>Problemi u ishrani</b>	
<b>Ostali zdravstveni problemi</b> (osteoporoza, dijabetes, anksioznost, ...)	

### Kontrole zdravstvenog stanja

<b>Naziv zdravstvene Ustanove i mesto</b>			
<b>Intravenska terapija</b> (koliko često i kojim lekom)			
<b>Drugi značajni podaci</b>		<b>Klinička ispitivanja</b> (navedite koji lek i vreme trajanja studije)	

### Socijalni status

<b>Otac / Staratelj - zaposlen</b> (da / ne)		<b>Majka / Staratelj –</b> Zaposlena (da / ne)		<b>Osoba sa CF-om –</b> Zaposlena (da / ne)	
<b>Ukupan broj članova zajedničkog domaćinstva</b> (brojem)		<b>Tuđa nega i pomoć</b> (ako primete, upišite iznos)			
<b>Mesečna primanja zajedničkog domaćinstva</b> (u dinarima)	do 25.000,00 <input type="text"/>	25-50.000,00 <input type="text"/>	50-75.000,00 <input type="text"/>	75-100.000,00 <input type="text"/>	preko 100.000,00 <input type="text"/>

Datum: \_\_\_\_\_

Mesto: \_\_\_\_\_

Kontakt telefon: \_\_\_\_\_

e-mail adresa: \_\_\_\_\_

Zakonski zastupnik / Lično

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime\_\_\_\_\_  
potpis