



СЛУЖБЕНИ ГЛАСНИК

РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

Језик
српског народа

ЈУ Службени гласник Републике Српске,
Бања Лука, Вељка Млађеновића бб
Телефон/факс: (051) 456-331, 456-341
E-mail: sgrs.redakcija@slglasnik.org
sgrs oglasi@slglasnik.org
sgrs.finansije@slglasnik.org
sgrs.online@slglasnik.org

www.slglasnik.org

Четвртак, 17. јун 2021. године
БАЊА ЛУКА
Број 55 Год. XXX

Жиро рачуни: Нова банка а.д. Бања Лука
555-007-00001332-44
НЛБ банка а.д. Бања Лука
562-099-00004292-34
Sberbank а.д. Бања Лука
567-162-1000010-81
UniCredit Bank а.д. Бања Лука
551-001-00029639-61
Комерцијална банка а.д. Бања Лука
571-010-00001043-39
Addiko Bank а.д. Бања Лука
552-030-00026976-18

1057

На основу члана 30. став 6. Закона о заштити менталног здравља (“Службени гласник Републике Српске”, број 67/20) и члана 76. став 2. Закона о републичкој управи (“Службени гласник Републике Српске”, број 115/18), министар здравља и социјалне заштите, 2. јуна 2021. године, д о н о с и

ПРАВИЛНИК

О ПОСТУПКУ ОПШТЕ ПРОЦЈЕНЕ РИЗИКА И ПЛАН ПРАЋЕЊА РИЗИКА ЛИЦА СА СМЕТЊАМА У МЕНТАЛНОМ ЗДРАВЉУ

Члан 1.

Овим правилником прописује се поступак опште процјене ризика и план праћења ризика лица са сметњама у менталном здрављу.

Члан 2.

Поступак опште процјене ризика и план праћења ризика лица са сметњама у менталном здрављу саставни су дио прегледа лица са сметњама у менталном здрављу по пријему на одјељење психијатрије болнице, клинике за психијатрију клиничког центра, у специјалну болницу, завод за форензичку психијатрију и у центру за заштиту менталног здравља у дому здравља.

Члан 3.

(1) Поступак опште процјене ризика спроводи доктор медицине - специјалиста психијатрије или доктор медицине - специјалиста дјечје иadolесцентне психијатрије кроз Инструмент за општу процјену ризика који се испуњава у року до седам дана од пријема лица са сметњама у менталном здрављу на одјељење психијатрије болнице, клинике за психијатрију клиничког центра, у специјалну болницу и у завод за форензичку психијатрију.

(2) Поступак опште процјене ризика у центру за заштиту менталног здравља у дому здравља кроз Инструмент за општу процјену ризика код првог прегледа спроводи доктор медицине - специјалиста психијатрије или доктор медицине - специјалиста дјечје иadolесцентне психијатрије, а током интервјуа у склопу ревизије плана бриге и третмана координатор бриге.

(3) Образац Инструмента за општу процјену ризика из става 1. овог члана налази се у Прилогу 1. и чини саставни дио овог правилника.

Члан 4.

(1) На основу Инструмента за општу процјену ризика, а у зависности од потребе, здравствени радник и/или здрав-

ствени сарадник који спроводе медицинску интервенцију уз мултидисциплинарни приступ и континуирану међусобну сарадњу доносе заједничку одлуку о даљој процјени, а утврђеним инструментима према специфичним ризицима сматрају се:

1) Инструмент за процјену ризика од злоупотребе психоактивних супстанци,

2) Инструмент за процјену ризика од самоповређивања/суицида,

3) Инструмент за процјену ризика од самозанемаривања/занемаривања и/или зlostављања,

4) Инструмент за процјену ризика од насиљног/неприкладног сексуалног понашања,

5) Инструмент за процјену ризика за дјепу,

6) Инструмент за процјену ризика од поремећаја у исхрани.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, доктор медицине - специјалиста психијатрије или доктор медицине - специјалиста дјечје иadolесцентне психијатрије врши процјену ризика када лице са сметњама у менталном здрављу представља ризик по себе или за друга лица.

Члан 5.

(1) Инструмент за процјену ризика од злоупотребе психоактивних супстанци из става 4. став 1. тачка 1) овог правилника обухвата идентификацију ризика од злоупотребе психоактивних супстанци, и то кроз:

1) коришћење више различитих психоактивних супстанци (алкохол и опојне дроге),

2) коришћење опојних дрога инјекционим путем,

3) коришћење алкохола,

4) утицај психоактивних супстанци на понашање/здравље лица са сметњама у менталном здрављу,

5) утицај лица са сметњама у менталном здрављу / корисника здравствене услуге на понашање/здравље другог лица.

(2) Образац Инструмента за процјену ризика од злоупотребе психоактивних супстанци из става 1. овог члана налази се у Прилогу 2. и чини саставни дио овог правилника.

Члан 6.

(1) Инструмент за процјену ризика од самоповређивања/суицида из става 4. став 1. тачка 2) овог правилника обухвата идентификацију ризика од самоповређивања/суицида, и то кроз:

1) факторе ризика,

- 2) историју,
- 3) ментално стање,
- 4) животну ситуацију,
- 5) планирање и намјеру,
- 6) способност ношења са проблемима.

(2) Образац Инструмента за пројену ризика од самопрвређивања/суцида из става 1. овог члана налази се у Прилогу 3. и чини саставни дио овог правилника.

Члан 7.

(1) Инструмент за пројену ризика од самозанемаривања/занемаривања и/или злостављања из члана 4. став 1. тачка 3) овог правилника обухвата идентификацију ризика од самопрвређивања/суцида, и то кроз:

1) доказе о постојању проблема у прошлости који се односе на потребе у вези са:

- 1. исхраном и пићем,
- 2. одећом и обућом,
- 3. одржавањем хигијене,
- 4. осјејајем сигурности у домаћинству / социјална подршка,
- 5. финансијама,
- 6. физичким здрављем;

2) констатацију садашњих проблема утврђену путем интервјуа или директне посјете, а као резултат добијен на основу доказа о постојању проблема у прошлости из тачке 1) овог члана;

3) подложност злостављању у вези са:

- 1. узнемирањем,
- 2. насиљем,
- 3. сексуалним злостављањем,
- 4. финансијском експлоатацијом.

(2) Образац Инструмента за пројену ризика од самозанемаривања/занемаривања и/или злостављања из става 1. овог члана налази се у Прилогу 4. и чини саставни дио овог правилника.

Члан 8.

(1) Инструмент за пројену ризика од насиљног/неприкладног сексуалног понашања из члана 4. став 1. тачка 4) овог правилника обухвата идентификацију ризика од самопрвређивања/суцида, и то кроз:

- 1) историјат насиљног понашања,
- 2) историјат неприкладног сексуалног понашања,
- 3) фиксне статистичке факторе ризика од насиљног/неприкладног сексуалног понашања,
- 4) промјењиве статистичке факторе ризика од насиљног/неприкладног сексуалног понашања,
- 5) садашње стање менталног здравља.

(2) Образац Инструмента за пројену ризика од насиљног/неприкладног сексуалног понашања из става 1. овог члана налази се у Прилогу број 5. и чини саставни дио овог правилника.

Члан 9.

(1) Инструмент за пројену ризика за дјецу из члана 4. став 1. тачка 5) овог правилника обухвата идентификацију ризика за дјецу, и то кроз:

Инструмент за општу пројену ризика
Презиме и име: _____ Датум рођења: _____

Упутство: Једноставно одговорите на наредна питања тако што ћете крстићем обиљежити одговарајуће поље. На основу одговора добијеног од лица са сметњама у менталном здрављу / корисника здравствене услуге, одредите да ли је потребно послије завршене опште пројене ризика извршити и пројену одређене врсте ризика, те у складу са тим попуните План за праћење ризика.

| | |
|--|---|
| Ризик од злоупотребе психоактивних супстанци Да ли је присутна злоупотреба алкохола? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
|--|---|

ПРИЛОГ 1.

| | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Да ли је конзумација алкохола изнад безједног нивоа? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је присутна злоупотреба нелегалних дрога? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је присутна злоупотреба лијекова? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Ризик од самоповређивања/суицида | | | |
| Ранији покушаји суицида? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Историјат или докази за самоповређивање? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Мисли о самоповређивању/суициду? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| План или намјера за самоповређивање/суицид? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Осјећај безнадежности? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Ризик од самозанемаривања/занемаривања и/или злостављања | | | |
| Историјат самозанемаривања? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Неадекватан смјештај? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Докази лоше исхране? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Докази лошег одржавања хигијене? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Историјат или докази занемаривања и/или злостављања од других? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Историјат или докази да је корисник здравствене услуге био/-ла жртва насиља у породици? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Ризик од насиљног/неприкладног сексуалног понашања | | | |
| Претходно забиљежено насиљно понашање према здравственом раднику и здравственом сараднику, те другим лицима? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Интензивно нервирање у новим ситуацијама (нпр. родитељство)? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Причашење о или планирање наношења штете другима? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Корисник здравствене услуге демонстрира застрашивање, агресивност или пријетеће понашање при процјени? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Историјат или докази за неприкладно сексуално понашање? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Историјат или докази да је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге починио насиље у породици? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Ризик за дјецу | | | |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствених услуга има дјецу? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствених услуга представља пријетњу за дјецу? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| *Уколико је одговор на било које од претходних питања "Да", попуните образац процјене "Ризика за дјецу" | | | |
| Ризик од поремећаја у ис храни | | | |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствених услуга видно потхрањен или видно дебeo? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствених услуга одбија да прихвати да је потхрањен или дебeo? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствених услуга претjerano забринут за своју тежину и облик? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли се лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствених услуга бави екстремним мјерама контроле тежине, изван граница здраве исхране или вježbanja? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Општа питања | | | |
| Историјат спровођења медицинске интервенције без пристанка лица са сметњама у менталном здрављу (корисника здравствене услуге) у виду задржавања, односно смјештаја у болници, клиничком центру, специјалној болници и/или заводу за форензичку психијатрију | | | |
| Постоје ли фактори који изненада могу повећати ризик? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Постоји ли било какав ризик који лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге представља, а који није наведен у претходном тексту? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је присутан позитиван друштвени контакт? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Постоје ли спорна питања изнесена од члanova породице, старатеља или законског заступника? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> | Није познато <input type="checkbox"/> |
| Наредно поље служи за напомене. Уколико је само једно, претходно наведено поље обиљежено, али је донесена одлука да се не врши даља процјена, у наредном пољу наведите образложење. | | | |
| На основу одговора на претходна питања донесите одлуку да ли је потребно извршити било коју од наредних процјена: | | | |
| Потребна процјена за: | | | |
| Ризик од злоупотребе опојних супстанци | | | |
| Ризик од самоповређивања/суицида | | | |
| Ризик од самозанемаривања/занемаривања и/или злостављања | | | |
| Ризик од насиљног/неприкладног сексуалног понашања | | | |
| Ризик за дјецу | | | |
| Ризик од поремећаја у ис храни | | | |

| | |
|---|---------|
| У том случају морате попунити: | |
| Образац Инструмента за општу процјену ризика попунио/-ла: | |
| Име и презиме: | Потпис: |
| Радно мјесто: | Датум: |

ПРИЛОГ 2.**Инструмент за процјену ризика од злоупотребе психоактивних супстанци**

Презиме и име: _____ Датум рођења: _____

Упутство: Информације за одговоре прикупити из а) постојећих забиљешки – колатералне информације – и б) из стручног клиничког интервјуа првенствено усмјереног на пружање помоћи, не на попуњавање овог обрасца. На основу датих одговора попуните План за праћење ризика.

| | |
|--|---|
| Коришћење више различитих психоактивних супстанци | |
| Користи ли више различитих психоактивних супстанци (нпр. неколико различитих врста антидепресива, опијата, бензодиазепина, барбитурата)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Набавља ли опојне дроге из непознатих извора (што узрокује разлике у јачини и чистоћи)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Коришћење опојних дрога инјекционим путем | |
| Да ли користи инјекције на нарочито опасним мјестима као што су препоне и врат? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли постоје докази о дуготрајном и учесталом коришћењу опојних дрога инјекционим путем (доводи до поремећаја циркулације)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли инјекционим путем користи смрљене таблете (могу закрчити крвне судове) или високовискозне или корозивне течности који узрокују чиреве или апсцесе? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли сам/сама користи опојне дроге инјекционим путем? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли посуђује инјекције? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је невјешт/-а у припреми опојне дроге или у давању дроге инјекционим путем? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Коришћење алкохола | |
| Да ли унос алкохола прелази препоручене количине за безбједну конзумацију? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Ако не, да ли се иста количина узима свакодневно или је присутно периодично опијање? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Постоји ли историјат зависности од алкохола попраћен нападима/халуцинацијама/цирозом/губитком свијести? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Додатне информације о злоупотреби више различитих психоактивних супстанци (врсте, количине и навике коришћења):

| | |
|--|---|
| Утицаји психоактивних супстанци на понашање/здравље лица са сметњама у менталном здрављу | |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге има историјат опасног понашања у стању интоксикације? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли су присутни параноја, делузије, халуцинације или други проблеми са менталним здрављем? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли су се дешавали епилептички напади, делирантичне дрхтавице? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли су психоактивне супстанце (укључујући раствораче) злоупотребљаване до те мјере да су узроковале несвијест? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли злоупотреба психоактивних супстанци утиче на опште физичко или ментално здравље лица са сметњама у менталном здрављу / корисника здравствене услуге? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли постоји проблем са менталним здрављем од раније (који је погоршан употребом психоактивних супстанци)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли се лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге икад предозирао/-ла? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге под утицајем психоактивних супстанци икад покушао/-ла самоубиство? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге икад хоспитализован/-а због злоупотребе психоактивних супстанци? Ово може бити показај озбиљности и природе злоупотребе психоактивних супстанци. | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге има хепатитис А, Б, Ц или је HIV позитиван? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге има ту-беркулозу и да ли прима терапију? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли постоји опасност од умањење толеранције услед недавног боравка у затвору, на рехабилитацији или детоксикацији? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|---|
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге има хронично или акутно стање које се може погоршати злоупотребом психоактивних супстанци? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
|---|---|

Додатне информације и остали значајни утицаји злоупотребе психоактивних супстанци на понашање/здравље:

| Утицај лица са сметњама у менталном здрављу / корисника здравствене услуге на понашање или здравље другог лица: | |
|--|---|
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге у другом стању? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге има дјецу која зависе од њега/ње? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге има партнера који такође користи психоактивне супстанце (то повећава ризик за дјецу)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге практикује секс без заштите? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге сексуални радник/-ца? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге вози или рукује машинама (док је под утицајем психоактивних супстанци)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге прави преступе како би дошао/ла до новца за психоактивне супстанце? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге не-волован да прими помоћ служби које се баве проблематиком злоупотребе психоактивних супстанци? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге стараје и да ли постоји ризик да његово/њено понашање угрози лице за које се стара? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге стараје и да ли постоји вјероватноћа да лице за које се стара буде изложен ризику услед понашања узрокованог злоупотребом психоактивних супстанци? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Додатне информације које се тичу ризика повезаног са злоупотребом психоактивних супстанци лица са сметњама у менталном здрављу / корисника здравствене услуге:

| | |
|--|---------|
| Образац Инструмента за процјену ризика од злоупотребе психоактивних супстанци попунио/-ла: | |
| Име и презиме: | Потпис: |
| Радно мјесто: | Датум: |

ПРИЛОГ 3.

Инструмент за процјену ризика од самоповређивања/суицида

Презиме и име: _____ Датум рођења: _____

Упутство: Информације за одговоре прикупити из а) постојећих забиљешки – колатералне информације – и б) из стручног клиничког интервјуа првенствено усмјереног на пружање помоћи, не на попуњавање овог обрасца. На основу датих одговора попуните План за праћење ризика.

Фактори наведени у даљем тексту су “фиксни” у смислу да није потребно вршити њихову редовну клиничку процјену – остају не-промијењени током времена

| 1. Фактори ризика | |
|---|---|
| Да ли је установљена дијагноза биполарног афективног поремећаја, депресије, шизофреније или емоционално нестабилног поремећаја личности? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли тренутно конзумира алкохол/другу? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је корисник услуга мушкарац, и то млађи незапослени мушкарац? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли корисник услуга пати од неизљечивог оболења или болног и исцрпљујућег оболења? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли су му/јој лако доступна средства за самоповређивање или самоубиство (нпр. пушке за ловице, опасни лјекови за ветеринаре, апотекаре, љекаре итд.)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

2. Историја

2.1. Претходно забиљежено самоповређивање (узети у обзир: број покушаја, учесталост или образац понашања)

2.2. Информације о претходним покушајима (узети у обзир: предумишљај, насилне методе, циљ покушаја, превентивне мјере за спречавање спасавања)

| | |
|--|---|
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге живи сам или у социјалној изолацији? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је ближи рођак лица са сметњама у менталном здрављу / корисника здравствене услуге покушао или успио у – самоповређивању или самоубиству? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге недавно отпуштен са одељења психијатрије болнице, клинике за психијатрију клиничког центра, из специјалне болнице или завода за форензичку психијатрију? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Ако је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге жене, да ли има дјецу? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге има двојну дијагнозу или злоупотребљава психоактивне супстанце? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Фактори наведени у даљем тексту су “промјенљиви” у смислу да је потребно да саосјећајно саслушате особу како бисте је процијенили – временом се мијењају.

3. Ментално стање (узети у обзир: доживљавање императивних халуцинација, илузорна увјерења – о томе шта су, тешко одолијевање суицидалним мислима, запажена религиозна увјерења)

4. Животна ситуација (узети у обзир: недавне факторе стреса, надолазеће годишњице трагичних догађаја, недавни/давни неуспјех, (не)постојање мреже за подршку)

5. Планирање и намјера (узети у обзир: нема планова или наде у будућност, има ли план за самоповређивање, смјеране или пакт за самоубиство, дијелње властитих ствари)

6. Способност ношења са проблемима (узети у обзир: способност реаговања на неформалне договоре, способност одолијевања помислима на самоубиство, способност тражења помоћи у стању кризе, доказе о лажном порицању намјере о самоубиству)

| | |
|--|---|
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге доживљава рапидно смањење овисничких или психотропних лијекова? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге сада мање апатичан, али и даље веома депресиван? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге представља потенцијални ризик за друге, на пример тако што је задужен/-за превоз? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Образац Инструмента за процјену ризика од злоупотребе самоповређивања/суицида попунио/-ла:

| | |
|----------------|---------|
| Име и презиме: | Потпис: |
| Радно мјесто: | Датум: |

ПРИЛОГ 4.**Инструмент за процјену ризика од самозанемаривања/занемаривања и/или злостављања**

Презиме и име: _____ Датум рођења: _____

Упутство: Информације за одговоре прикупити из: а) постојећих забиљешки – колатералне информације – и б) из стручног клиничког интервјуа првенствено усмјереног на пружање помоћи, не на попуњавање овог обрасца. На основу датих одговора попуните План за праћење ризика.

| Постоје ли докази да је у прошлости лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге имао/-ла проблема као: | | |
|--|--|---|
| 1. Исхраном и пићем | Да ли је у довољним количинама конзумирао/-ла храну и пиће? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| 2. Одјећом и обућом | Да ли је у довољној мјери имао/-ла одјећу и обућу? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| 3. Одржавањем хигијене? | Да ли је имао услове за одржавање хигијене? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| 4. Осјећајем сигурности у домаћинству / социјална подршка | Да ли је био/била довољно способан/-на да се брине за себе у домаћинству? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли је имао одговарајућу подршку члanova домаћинства? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли је био/била задржан/-а у домаћинству које лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге сматра безbjедним смјештајем? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли је имао/-ла довољну комуникацију са члановима домаћинства у вези са задовољавањем својих личних потреба? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| 5. Финансијама | Да ли је имао/-ла довољно средстава за куповину за властите потребе? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли је имао/-ла своја финансијска средства? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| 6. Физичким здрављем | Да ли је имао/-ла значајне физичке проблеме (којима се није посвећивала довољна пажња)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли је био/била физички неспособан/-на да се брине о својим потребама? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли је био/била склон/-а порицању постојања физичких проблема? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Обиљежена поља у горњем тексту ће вас упозорити на проблеме из прошлости који могу представљати увид у садашње проблеме. Путем интервјуа или директне посјете покушајте испитати постојећу ситуацију.

| Констатација садашњих проблема | | |
|--|---|---|
| 1. Исхрана и пиће | Да ли у довољним количинама конзумира храну и пиће? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| 2. Одјећа и обућа | Да ли у довољној мјери има одјећу и обућу? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| 3. Одржавање хигијене | Да ли има услове за одржавање хигијене? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| 4. Осјећај сигурности у домаћинству / социјална подршка | Да ли је довољно способан/-на да се брине за себе у домаћинству? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли има одговарајућу подршку члanova домаћинства? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли је задржан/-а у домаћинству које лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге сматра безbjедним смјештајем? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли има довољну комуникацију са члановима домаћинства у вези са задовољавањем својих личних потреба? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| 5. Финансије | Да ли има довољно средстава за куповину за властите потребе? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли има своја финансијска средства? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| 6. Физичко здравље | Да ли има значајне физичке проблеме (којима се не посвећује довољна пажња)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли је физички неспособан/-а да се брине о својим потребама? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли је склон/-а порицању постојања физичких проблема? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли постојеће ментално стање утиче на њега/њу? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| | Да ли постоји ризик да ће одлучати од куће услед проблема са памћењем? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Наредна питања односе се на подложност злостављању у вези са узнемирањем, насиљем, сексуалним злостављањем, финансијском експлоатацијом

| | |
|---|---|
| Да ли је претрпио/-ла узнемирање, насиље (укључујући породично насиље) или сексуално злостављање у прошlostи? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Ако је одговор да, да ли се то десило: | |
| - Код куће | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - На послу | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - Друго | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је претрпио/-ла финансијску експлоатацију у прошlostи? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Ако је одговор да, да ли је то због: | |
| - Сиромаштва | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - Усамљености | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - Зависности од дроге | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - Сметњи у менталном здрављу | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - Остало (нпр. недостатка знања) | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је био укључен/-а у званичну истрагу ради заштите угрожених лица? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли сматрате да је тренутно подложен/-а насиљу (укључујући породично насиље) или сексуалном злостављању? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Ако је одговор да, где: | |
| - Код куће | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - На послу | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - Друго | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли сматрате да је тренутно подложен/-а финансијској експлоатацији? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Ако је одговор да, да ли је то због: | |
| - Сиромаштва | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - Усамљености | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - Зависности од дроге | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - Несталности менталног стања или губитка способности | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| - Остало (на пример незнанje) | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

ДОДАТНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ/НАПОМЕНЕ:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Образац Инструмента за пројену ризика од самозанемаривања/занемаривања и/или злостављања попунио/-ла:

| | |
|----------------|---------|
| Име и презиме: | Потпис: |
| Радно мјесто: | Датум: |

ПРИЛОГ 5.

Инструмент за пројену
ризика од насиљног/неприкладног сексуалног понашања

Презиме и име: _____ Датум рођења: _____

Упутство: Информације за одговоре прикупити из а) постојећих забљешки – колатералне информације – и б) из стручног клиничког интервјуја првенствено усмјереног на пружање помоћи, не на попуњавање овог обрасца. На основу датих одговора попуните План за праћење ризика.

Историјат насиљног понашања (узети у обзир: прекршаје за насиљно понашање, оптужбе за пиromанију, оптужбе за ношење, чување и држање оружја, антисоцијално понашање)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Историјат неприкладног сексуалног понашања (узети у обзир: историјат притужби/оптужби за сексуално напаствовање, егзибиционизам, учесталост прекршаја, евентуално узроковање физичких повреда, озбиљност повреда, коришћење оружја)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Фактори наведени у даљем тексту су "фиксни" у смислу да није потребно вршити њихову редовну клиничку пројцјену – остају непримјењени током времена. То су статистички фиксни фактори ризика од насиљног/неприкладног сексуалног понашања:

| | |
|---|--|
| Лица млађе животне доби, чешће него лица старије животне доби | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Мушкарци | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Раније неуспјеле интервенције у смислу надзора од ризика од насиљног/неприкладног сексуалног понашања | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Недавни контакт са домом здравља, специјалистичком психијатријском амбулантом, болницом, специјалном болницом, клиничким центром или заводом за форензичку психијатрију | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Лице млађе животне доби у вријеме првог прекршаја због насиљног/неприкладног сексуалног понашања | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Лоше прилагођавање у школи | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Дијагноза поремећаја личности | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Одвојени од родитеља у доби млађој од 16 година | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Историјат проблематичних односа | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Историјат проблема на послу | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисник услуга био/-ла жртва злостављања дјеце (општи фактор ризика за криминалитет и насиље) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Фактори наведени у даљем тексту су "промјенљиви", односно временом се мијењају у смислу да је потребно да емпатично саслушате лице које треба да процјените. То су промјенљиви статистички фактори ризика од насиљног/неприкладног сексуалног понашања:

| | |
|--|--|
| Да ли тренутно користи алкохол и/или дрогу? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли сматра да није у стању сам/сама контролисати своје насиљно/неприкладно сексуално понашање? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Постоји лош однос између лица са сметњама у менталном здрављу / корисника здравствене услуге и здравственог радника, односно здравственог сарадника? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Није у стању да се носи са својим осjećањима или да толерише фрустрације? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Дошло је до промјене или је вјероватна промјена лијекова? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Присутни су стресни догађаји у животу? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Планира насиљна дјела? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Има ли приступ могућим жртвама? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Има специфично неуролошко стање које може узроковати насиљне испаде? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Поремећај личности – антисоцијални, емоционално нестабилни (фактор ризика за криминалне радње, насиље и неприкладно сексуално понашање)? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Проблеми у садашњим односима са породицом или на послу? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Сексуална девијација, укључујући девијантне сексуалне фантазије? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Сметња у менталном здрављу која може представљати дисинхбитор? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Постоје ли емоције повезане са насиљем (нпр. иритабилност, лјутња, агресивност, сумњивачност)? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Порицање или умањивање прекршаја? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Непостојање реалистичних планова за будућност? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Садашње стање менталног здравља (узети у обзир: императивне халуцинације, насиљне фантазије, недостатак саосјећања према другима, импулсивност, став који занемарује сексуалне прекршаје, неинхибиторна понашања, односи унутар породице).

| | |
|--|---------|
| Образац Инструмента за процјену ризика од насиљног/неприкладног сексуалног понашања попунио/-ла: | |
| Име и презиме: | Потпис: |
| Радно мјесто: | Датум: |

ПРИЛОГ 6.

Инструмент за процјену ризика за дјецу

Презиме и име: _____ Датум рођења: _____

Упутство: Информације за одговоре прикупити из: а) постојећих забиљешки – колатералне информације – и б) из стручног клиничког интервјуа првенствено усмјerenog на пружање помоћи, не на попуњавање овог обрасца. На основу датих одговара попуните План за праћење ризика.

Постоје ли прошли/садашњи разлози за забринутост у вези са физичким, сексуалним или емотивним злостављањем или занемаривањем дјетета и да ли је то повезано искључиво са лицем са сметњама у менталном здрављу / корисником здравствених услуга (позвати се на прописе којима се уређује област дјечје заштите)?

Ко чини ужу/ширу породицу (навести име и презиме, пол и године живота за чланове породице у које се убраја и старатељ, уколико га дијете има)?

| | |
|---|---|
| Да ли дијете има посебне потребе? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли је лице са сметњама у менталном здрављу / корисница здравствене услуге у другом стању? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли одрасло лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге има родитељске одговорности? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Које симптоме и понашање показује одрасло лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге и какав утицај то може имати на дијете, уколико се ради о акутним/хроничним стањима?

Веза органа старатељства и породице

| | |
|--|---|
| Да ли је породица позната органу старатељства? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
|--|---|

Ако јесте, на који начин је орган старатељства тренутно укључен?

| | |
|---|---|
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге има увида и вољу да прихвати подршку/услугу? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
|---|---|

Разговарајте са лицем са сметњама у менталном здрављу / корисником здравствене услуге о расположивости подршке за улогу родитељства, и то од породице, пријатеља или других установа (центар за заштиту менталног здравља дома здравља, служба породичне медицине дома здравља, центар за социјали рад)

ДОДАТНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ/НАПОМЕНЕ:

| | |
|--|---------|
| Образац Инструмента за пројжену ризика за дјецу попунио/-ла: | |
| Име и презиме: | Потпис: |
| Радно мјесто: | Датум: |

ПРИЛОГ 7.

Инструмент за пројжену ризика од поремећаја у ис храни

Презиме и име: _____ Датум рођења: _____

Упутство: Информације за одговоре прикупљени из а) постојећих забиљешки – колатералне информације – и б) из стручног клиничког интервјуа првенствено усмјереног на пружање помоћи, не на попуњавање овог обрасца. На основу датих одговора попуните План за праћење ризика

1. Специфични симптоми и понашања код поремећаја у исхрани

| Садашњи | Било који претходни |
|---|---|
| BMI (kg/m ²)* | Најнижи BMI икад |
| Учесталост преједања (седмично) | Учесталост преједања (седмично) |
| Учесталост повраћања (седмично) | Учесталост повраћања (седмично) |
| Злоупотреба лаксатива (седмично) | Злоупотреба лаксатива (седмично) |
| Лаксативи – врста/-е и дозе | Лаксативи – врста/-е и дозе |
| Диуретици (седмично) | Диуретици (седмично) |
| Диуретици – врста/-е и дозе | Диуретици – врста/-е и дозе |
| Таблете за дијету (седмично) | Таблете за дијету (седмично) |
| Таблете за дијету – врста/-е и доза | Таблете за дијету – врста/-е и доза |
| Злоупотреба стимулативних лијекова (седмично)** | Злоупотреба стимулативних лијекова (седмично)** |
| Стимулатори – врста/-е и доза | Стимулатори – врста/-е и доза |
| Претјерано вježbanje (часови/седмично) | Претјерано вježbanje (часови/седмично) |

* Нормалан BMI 19–24, Anorexia nervosa – BMI < 17,5.

** Не заборавите цигарете, кофеин, енергетске напитке, биљне стимулансе, као и опојне дроге.

Напомена: Све наведене ставке могу бити повезане са ризиком од дисбаланса течности и електролита у организму и срчаних аритмија.

| | |
|---|---|
| Да ли је присутно нередовно узимање течности заједно са лошом исхраном или поремећај уобичајених прехрамбених навика? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
|---|---|

ДОДАТНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ/НАПОМЕНЕ:

| | |
|---|---|
| Подаци о скријим здравственим компликацијама | |
| Несвјестица / губитак свијести | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Грчеви | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Напади | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Лупање срца | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Крв у испљувку | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Трнци/утрнутост прстију руку/ногу | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

1.1. Подаци о хитним медицинским интервенцијама/пријемима (навести разлоге и датуме)

| | |
|--|---|
| Подаци о дугосежним здравственим компликацијама | |
| Претраге/операција цријева | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Остеопороза (ризик постоји ако је садашња или претходна вриједност BMI < 17,5) | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Наведите податке и датум посљедњег скенирања костију (скенирање костију препоручује се два пута годишње уколико је BMI < 17,5)

2. Ризик од недовољне сарадње са службом хитне медицинске помоћи, центром за заштиту менталног здравља и службом породичне медицине дома здравља

| | |
|---|---|
| Познато лагање о тежини | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Познато претјерано узимање воде (ризик од мањка натријума) | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Познато ношење тегова | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Познато, остало | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Познато непридржавање праћења физичког здравља | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Познато прекидашње сарадње са службом хитне медицинске помоћи, центром за заштиту менталног здравља и службом породичне медицине дома здравља | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

3. Импулсивно понашање

| | |
|--|---|
| Крађа | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Небезједно сексуално понашање | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Претјерано/неодговорно трошење | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Конзумација алкохола (јединица/седмично) | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Коцкање | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Пијанчење | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

4. Односи у породици

| | |
|--|---|
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге има јеџу (ако има, попуните образац Процена ризика за јеџу)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли постоје подаци о проблемима са јелом? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |
| Да ли лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге добија подршку и помоћ (нпр. од родитеља, брачног, ванбрачног супружника, пријатеља)? | Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Није познато <input type="checkbox"/> |

Уколико су присутне значајне карактеристике поремећаја у исхрани, онда прије попуњавања свеобухватног Плана праћења ризика морате попунити образац Процена физичког ризика код поремећаја у исхрани.

Образац Инструмента за пројену ризика од поремећаја у исхрани попунио/-ла:

| | |
|----------------|---------|
| Име и презиме: | Потпис: |
| Радно мјесто: | Датум: |

ПРИЛОГ 8.

Инструмент за пројену физичког ризика код поремећаја у исхрани

Презиме и име: _____ Датум рођења: _____

| Систем | Тестови/Испитивања (#референтних вриједности може варирати код различитих лабораторија) | Низак ризик | Забринутост | Аларманто |
|--|--|-------------|-------------|-----------|
| Исхрана | BMI | | < 14 | < 12 |
| | Губитак тежине / седмично | | > 0,5 кг | > 1,0 кг |
| | Проблеми са кожом | | < 0,1 цм | > 0,2 цм |
| | Петехије | | + | + |
| Циркулација | Систола | | < 90 | < 80 |
| | Дијастола | | < 70 | < 60 |
| | Постурална хипотензија | | > 10 | > 20 |
| | Пулс** | | < 50 | < 40 |
| Мишићи – кости (тест чучињева и трбушњака) | Немогућност устајања без коришћења руку ради равнотеже | | + | |
| | Немогућност устајања без коришћења руку ради ослонца | | | + |
| | Немогућност устајања без коришћења руку ради ослонца | | + | |
| | Немогућност устајања | | | + |
| Температура | | | < 35 | < 34,5 |
| Коштана срж | WBC - Леукоцити | | < 4,0 | < 2,0 |
| | Број неутрофиле | | < 1,5 | < 1,0 |
| | Hgb | | < 11 | < 9,0 |
| | Акутни пад Hgb (MCV и MCH нема акутног ризика) | | | + |
| | Тромбоцити | | < 130 | < 110 |

| | | | | |
|--|------------------------------|--|---------|------------|
| Однос соли/воде | K+ | | < 3,5 | < 3,0 |
| | Na+ | | < 135 | < 130 |
| | Mg++ | | 0,5–0,7 | < 0,5 |
| | Фосфати | | 0,5–0,8 | < 0,5 |
| | Уреа | | > 7 | > 10 |
| Јетра | Билирубин | | > 20 | > 40 |
| | Алкални фосфати | | > 110 | > 200 |
| | AST | | > 40 | > 80 |
| | ALT | | > 45 | > 90 |
| | GGT | | > 45 | > 90 |
| Исхрана | Албумин | | < 35 | < 32 |
| | Креатинин киназа | | > 170 | > 250 |
| | Глукоза | | < 3,5 | < 2,5 |
| ЕКГ (ако је BMI < 15, никак К+, лијекови, продужено узимање) | Пулс | | < 50 | < 40 |
| | Кориговани QT интервал (QTc) | | | > 450 мсек |
| | Аритмије | | | + |
| Диференц. дијаг. | TFT, SE | | | |

Тахикардија уз присуство знакова озбиљног ризика може наговјештавати предстојећи кардиоваскуларни колапс.

Било какав резултат који одступа од нормалних вриједности представља разлог за забринутост, праћење и консултације/упућивање специјалисти за поремећаје у исхрани.

| | |
|---|---------|
| Образац Инструмента за процјену физичког ризика код поремећаја у исхрани попунио/-ла: | |
| Име и презиме: | Потпис: |
| Радно мјесто: | Датум: |

ПРИЛОГ 9.

План за праћење ризика

Презиме и име: _____ Датум рођења: _____
ЈМБ: _____

Обиљежите поље код којег постоји историјат ризичног понашања или посебан разлог за забринутост:

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Злоупотреба психоактивних супстанци | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Самоповређивање/суицид | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Самозанемаривање/занемаривање и/или злостављање | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Насилно/неприкладно сексуално понашање | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Ризик за дјечу | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Поремећај у исхрани | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |

| | Опис ризика | Способност лица са сметњама у менталном здрављу / корисника здравствене услуге да се сам-/а носи са ризиком, његов/њен увид у и схватање ризика (укупчите мотивацију и способност) | Навести подршку и интервенције потребне за пружање помоћи лицу са сметњама у менталном здрављу / кориснику здравствене услуге и другима да се носе са ризиком (навести имена свих укупчених лица) |
|----|-------------|--|---|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

Какво је мишљење лица са сметњама у менталном здрављу / корисника здравствене услуге о Плану за праћење ризика?

| |
|--|
| |
|--|

| Ко је учествовао у изради Плана за праћење ризика: | | Да ли је са Планом за праћење ризика потребно упознати: |
|---|--|---|
| Лице са сметњама у менталном здрављу / корисник здравствене услуге Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> | | Доктора медицине – специјалисту породичне медицине Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> |
| Законски заступник и/или лице у које лице са сметњама у менталном здрављу има повјерење Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> | | Полицијску станицу Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> |
| Члан(ови) породице лица са сметњама у менталном здрављу / корисника здравствене услуге Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> | | Центар за социјални рад Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> |
| Доктор медицине – специјалиста психијатрије или доктор медицине – специјалиста дјечје иadolесцентне психијатрије Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> | | Остале (навести које) Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> |
| Други чланови тима центра за заштиту менталног здравља, одјељења психијатрије болнице, клинике за психијатрију или за- вода за форензичку психијатрију Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> | | |
| Доктор медицине – специјалиста породичне медицине Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> | | |
| Представник надлежног центра за социјални рад Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> | | |
| Полицијски службеник Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> | | |
| Остали (навести који) Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> | | |

Ревидирање ризика треба да се изврши најкасније у року од годину дана или одмах у случају инцидента или повећане забринутости.

Датум наредне пројене ризика: _____

| | |
|---|---------|
| Образац Плана за праћење ризика попунујо/-ла: | |
| Име и презиме: | Потпис: |
| Радно мјесто: | Датум: |

1058

На основу члана 70. став 6. Закона о спорту Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", број 79/20) и члана 76. став 2. Закона о републичкој управи ("Службени гласник Републике Српске", број 115/18), министар породице, омладине и спорта, 17. маја 2021. године, доносим

ПРАВИЛНИК О ПОСТУПКУ УПИСА, САДРЖАЈУ И НАЧИНУ ВОЂЕЊА СПОРТСКОГ РЕГИСТРА

Члан 1.

Овим правилником прописују се поступак уписа спортских организација и појединача у спортски регистар, облик и садржај спортског регистра, збирка исправа, начин пререгистрације, статусне промјене припајања, спајања, поделе, одвајања и трансформације, престанак рада и брисање из спортског регистра.

Члан 2.

(1) Спортска организација стиче својство правног лица уписом у судски регистар.

(2) Спортска организација стиче право обављања спортских дјелатности и активности након испуњења услова за обављање спортских дјелатности и активности и уписа у спортски регистар који води Министарство породице, омладине и спорта (у даљем тексту: Министарство).

(3) Назив новоосноване спортске организације мора се јасно разликовати од назива других спортских организа-

ција које су уписане или уредно пријављене за упис у регистар код надлежног органа за регистрацију.

(4) Назив спортске организације не може да садржи двије или више спортских грана или грана спорта.

(5) Ријеч "клуб" може бити коришћена само у називу спортске организације која учествује у такмичењима у оквиру надлежног спортског савеза.

Члан 3.

(1) Спортски регистар је јаван.

(2) Увид у спортски регистар и збирку исправа обавља се у складу са законом којим се уређује заштита личних података, уз присуство лица задуженог за вођење спортског регистра.

Члан 4.

(1) Спортски регистар води се у електронском и писаним облику.

(2) Под писаним обликом вођења регистра подразумијева се упис спортских организација у тврдо укоричену књигу, формата B3, на чијој се насловној страници налази амблем Републике Српске и исписан назив: Министарство породице, омладине и спорта и ознака књиге.

(3) Уз спортски регистар води се збирка исправа у електронском облику.

Члан 5.

(1) Спортски регистар се састоји од регистарског листа за сваку спортску организацију у који се уписују подаци о свакој појединачној спортској организацији.