

Treating doctor's report (Outside Australia) Izvešće liječnika koji liječi pacijenta (Izvan Australije)

TDR

Patient's details
Podaci o pacijentu

Name
Ime

Address
Adresa

Country
Država

Date of birth
Datum rođenja

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

Customer Centrelink Reference Number
Centrelinkov korisnički broj stranke

 - - -

Instructions for the patient / Upute pacijentu

This report will be used to assist in determining if you are medically eligible for an Australian Disability Support Pension. Only use this form for medical assessments if you are outside of Australia.

Ovo izvješće će se koristiti pri ocjenjivanju imate li zbog svog zdravstvenog stanja pravo na australsku invalidsku mirovinu. Ovaj obrazac koristite za procjenu zdravstvenog stanja samo ako ste izvan Australije.

What you should do Što trebate učiniti

You should take this report to your treating doctor. Please let your doctor know at the time of making the appointment that you require this report to be completed to assess your eligibility for an Australian Disability Support Pension. You are responsible for any costs in obtaining this report.

You will need to get the completed form from your doctor and return it to International Services in Australia unless your doctor returns it for you.

Ovo izvješće trebate odnijeti liječniku koji Vas liječi. Molimo Vas recite svom liječniku kod ugovaranja pregleda da Vam treba ispunjen obrazac ovog izvješća kako bi se utvrdilo imate li pravo na dodjelu australske invalidske mirovine. Vi sami snosite sve troškove vezane za dobivanje ovog izvješća.

Ispunjeni obrazac trebate preuzeti od svog liječnika i vratiti ga u International Services u Australiji, osim ako ga Vaš liječnik ne vrati u Vaše ime.

Continued ►
Nastavak



CLK0AUS109CB 2011

Privacy and your personal information

Zaštita privatnosti i Vaši osobni podaci

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We need to collect this information so we can process and manage your applications and payments, and provide services to you. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

Privatnost i sigurnost vaših osobnih podataka nam je važna i zakonom zaštićena. Te podatke prikupljamo kako bismo mogli obraditi vašu molbu i vršiti isplate, kao i pružati vam usluge. Vaše podatke proslijeđujemo drugim stranama samo kada vi date suglasnost za to ili kada nam zakon to dopušta ili nalaže. Za daljnje informacije, posjetite servicesaustralia.gov.au/privacy

Authority to release information

Odobrenje stranke za izdavanje informacija

- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any medical information necessary to decide my qualification for pension – from my doctor(s), other health professionals and public or private health facilities I have visited.
- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any information necessary to decide my qualification for pension from any public or private education facilities I have attended or am currently attending.
- I consent to the release by Services Australia of relevant information in this report to service providers to whom I may be referred by Services Australia.
- I consent to any decision of Services Australia to refer me for any further required assessment, upon the recommendation of the medical assessor.
- Ovlašćujem Services Australia i/ili djelatnika koji vrši procjenu mojeg zdravstvenog stanja da pribavi sve medicinske informacije koje treba prigodom donošenja odluke o mojem pravu na mirovinu – od mojeg/ih liječnika, drugih zdravstvenih djelatnika i državnih ili privatnih zdravstvenih ustanova u kojima sam bio/bila.
- Ovlašćujem Services Australia i/ili djelatnika koji vrši procjenu mojeg zdravstvenog stanja da od svih državnih ili privatnih obrazovnih ustanova koje sam pohađao/la ili koje trenutno pohađam pribavi sve informacije koje treba prigodom donošenja odluke o mojem pravu na mirovinu.
- Dajem suglasnost za to da Services Australia proslijedi relevantne informacije koje se nalaze u ovom izvješću pružateljima usluga kojima me Services Australia može uputiti.
- Dajem suglasnost za to da Services Australia može donijeti odluku da me uputi na daljnje preglede na prijedlog djelatnika koji vrši procjenu mojeg zdravstvenog stanja.

Patients signature
Potpis pacijenta



Date

Datum

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

About this report

This report will be used to assist in determining if your patient is medically eligible for an Australian Disability Support Pension.

Payment for your report

We have asked your patient to let you know at the time of making their appointment that they require you to complete this form. This is to ensure you have sufficient time for the examination. Your patient has been informed that they are responsible for any costs in obtaining this report.

Completing this report

In this report you will be asked to provide clinical details of the patient's medical conditions. Please complete all the required parts of the form.

Your patient's impairment is to be assessed when they are using or wearing any aids, equipment or assistive technology that they have and usually use (e.g. hearing aids, spectacles, contact lenses or prostheses).

Returning the report to us

Please return this report and any attachments as soon as possible directly to us, or if you prefer, you can give the report and any attachments to your patient to return to us.

About the information that you give us

Confidentiality of Information

The personal information that is provided to you for the purpose of this report must be kept confidential under section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*. It cannot be disclosed to anyone else unless authorised by law.

There are penalties for offences against section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*.

Release of information

The *Freedom of Information Act 1982* allows for the disclosure of medical or psychiatric information directly to the individual concerned. If there is any information which, if released to your patient, may harm his or her physical or mental well-being, Services Australia can contact you. Please indicate at PART i if you wish Services Australia to contact you. Similarly please specify any other special circumstances which should be taken into account.

Privacy and your personal information

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We collect this information to provide payments and services. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

Upute liječniku

O ovom izvješću

Ovo izvješće će se koristiti pri ocjenjivanju ima li Vaš pacijent zbog svog zdravstvenog stanja pravo na australsku invalidsku mirovinu.

Naplata Vaših usluga za izvješće

Zatražili smo od Vašeg pacijenta da Vam prilikom ugovaranja pregleda kaže da mu treba ispunjeni obrazac. To je stoga da biste Vi odvojili dovoljno vremena za pregled. Vaš je pacijent obaviješten da je odgovoran za pokriće svih troškova vezanih za dobivanje ovog izvješća.

Ispunjavanje ovog izvješća

U ovom izvješću se od Vas traži da navedete kliničke pojedinosti o zdravstvenom stanju pacijenta. Molimo Vas da ispunite sve potrebne dijelove obrasca.

Oštećenje Vašeg pacijenta potrebno je procijeniti kada on/ona koristi ili nosi pomagala, opremu ili pomoćnu tehnologiju koju ima i obično koristi (npr. slušna pomagala, naočale, kontaktne leće ili proteze).

Povrat ovog izvješća nama

Molimo Vas da vratite ovo izvješće i eventualne priloge što je prije moguće direktno nama, ili ako radije želite, možete ga dati zajedno sa svim priložima pacijentu da nam ga on vrati.

Continued ►
Nastavak

O informacijama koje nam date

Povjerljivost informacija

Osobne informacije koje su Vam date u svrhu ovog izvješća morate držati u povjerenju prema paragrafu 202 *Zakona o upravljanju socijalnom skrbi iz 1999. godine*. Ne smijete ih prenijeti nikome, osim ako to nije odobreno prema zakonu. Predviđene su kazne za prekršaj iz paragrafa 202 *Zakona o upravljanju socijalnom skrbi iz 1999. godine*.

Dostava informacija

Freedom of Information Act 1982 dopušta prosljeđivanje medicinskih ili psihijatrijskih informacija izravno osobi na koju se one odnose. Ako postoje neke informacije koje, ako se dostave vašem pacijentu, mogu naškoditi njegovom ili njezinom fizičkom ili mentalnom blagostanju, Services Australia vas može kontaktirati. Molimo obilježite u DIJELU i želite li da vas Services Australia kontaktira. Isto tako, molimo navedite i druge posebne okolnosti koje bi se trebale uzeti u obzir.

Privatnost i vaši osobni podaci

Privatnost i sigurnost vaših osobnih podataka nam je važna i zakonom zaštićena. Te podatke prikupljamo kako bismo vam mogli pružati isplate i usluge. Vaše podatke prosljeđujemo trećim stranama samo kada vi date suglasnost za to ili kada to zakon dopušta ili nalaže. Za daljnje informacije, posjetite servicesaustralia.gov.au/privacy

12 Is any future treatment planned for this condition?
Planira li se bilo kakvo buduće liječenje navedenog stanja?

No **Go to 14**
Ne **Idite na pitanje broj 14**

Yes Give details below
Da U nastavku navedite pojedinosti

13 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Kakva je očekivana korist od budućeg liječenja?
Navedite pojedinosti u vezi s poboljšanjem simptoma i funkcionalnih sposobnosti.

14 Indicate compliance with recommended treatment:
Navedite podatak o tome koliko se osoba pridržava preporučenog liječenja:

Very compliant
Strogo se pridržava

Usually compliant
Obično se pridržava

Rarely compliant
Rijetko se pridržava

Uncertain
Nije sigurno

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Navedite pojedinosti o pitanjima u vezi s pristupom ili primjenom odgovarajućeg liječenja koje utječe na razine pridržavanja.

Current symptoms / Trenutačni simptomi

15 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Koji simptomi trenutačno stalno postoje **usprkos** liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji?
Budite specifični i uključite ozbiljnost, učestalost i trajanje simptoma.

16 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology: Odgovori bi trebali odražavati kako stanje trenutačno utječe na funkcionalnu sposobnost usprkos liječenju, pomagalima, opremi ili pomoćnoj tehnologiji:	A Can the patient complete physically active tasks around their home and community without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća obavljati tjelesno aktivne poslove po kući i u zajednici?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	B Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities? Može li pacijent hodati (ili se samostalno kretati u kolicima) do lokalnih objekata?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	C Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities without stopping to rest? Može li pacijent hodati (ili se samostalno kretati u kolicima) do lokalnih objekata bez zaustavljanja radi odmora?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	D Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) from a carpark into a shopping centre or building without assistance? Može li pacijent hodati (ili se samostalno kretati u kolicima) od parkirališta do trgovačkog centra ili nekog drugog objekta bez pomoći?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	E Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) around a shopping centre without assistance? Može li pacijent hodati (ili se samostalno kretati u kolicima) po trgovačkom centru bez pomoći?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	F Can the patient climb a flight of stairs or mobilise in a wheelchair up a long, sloping ramp? Može li se pacijent popeti jedan krak stepenica ili se kretati u kolicima uz dulju rampu pod nagibom?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	G Can the patient use public transport without assistance? Može li pacijent koristiti javni prijevoz bez pomoći?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	H Is the patient physically capable of performing light household activities (e.g. folding and putting away laundry)? Je li pacijent psihički sposoban obavljati lakše aktivnosti u kućanstvu (npr. sakupljanje i odlaganje rublja u ormar)?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	I Can the patient perform day to day household activities without difficulty (e.g. changing sheets on a bed or sweeping paths)? Može li pacijent bez poteškoća obavljati svakodnevne aktivnosti u kućanstvu (npr. promjena posteljine ili čišćenje staza oko kuće)?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	J Can the patient move around inside the home without assistance? Može li se pacijent kretati unutar kuće bez pomoći?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	K Does the patient require oxygen treatment during the day or to move around? Je li pacijentu potreban kisik tijekom dana ili za kretanje?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
	L Describe any other impacts. Opišite ostale moguće utjecaje.	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; padding: 5px;"> <hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/> </div>	

17 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanju i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

- No *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*
- Yes *Give details below*
Da *U nastavku navedite pojedinosti*

18 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

- Less than 3 months *Manje od 3 mjeseca* 3-24 months *3-24 mjeseca* More than 24 months *Dulje od 24 mjeseca*

19 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

- Resolve *Riješiti*
- Significantly improve *Značajno poboljšati*
- Slightly improve *Neznatno poboljšati*
- Fluctuate *Biti promjenjiv*
- Remain unchanged *Ostati nepromijenjen*
- Deteriorate *Pogoršati*
- Uncertain *Biti neizvjestan*

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

20 Is this condition episodic or fluctuating?
Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

- No *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*
- Yes *Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.*
Da *Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Uključite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.*

30 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Koliko je učinkovito trenutačno liječenje?

Opišite reakciju na liječenje i stupanj kontrole simptoma.

31 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Opišite sve nuspojave liječenja, uključujući njihovu težinu.

32 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Kakvo je liječenje navedenog stanja do sada primijenjeno (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?
Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

33 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Nosi li ili koristi li pacijent bilo kakva pomagala, opremu ili pomoćnu tehnologiju u vezi s navedenim stanjem?

No *Go to next question*
Ne *Prijeđite na sljedeće pitanje*

Yes *Give details below*
Da *U nastavku navedite pojedinosti*

- 38** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
Note: Answers should reflect limitations from the spinal condition only. Answers should NOT reflect limitations from any other condition (e.g. an upper or lower limb condition).
 Odgovori bi trebali odražavati kako stanje trenutačno utječe na funkcionalnu sposobnost **usprkos** liječenju, pomagalima, opremi ili pomoćnoj tehnologiji:
Napomena: Odgovori bi trebali odražavati ograničenja koja su posljedica samo stanja kralježnice. Odgovori NE SMIJU odražavati ograničenja koja su posljedica bilo kojeg drugog stanja (npr. stanja gornjeg ili donjeg ekstremiteta).
- A** Is there any restriction of forward flexion of the thoracolumbar spine?
 Postoje li ograničenja pri savijanju torakolumbalne kralježnice prema naprijed? No **Go to E**
 Ne **Idite na E**
 Yes **Go to B**
 Da **Idite na B**
- B** Can the patient bend to knee level and straighten up again without difficulty?
 Može li se pacijent bez poteškoća sagnuti do razine koljena i ponovno se uspraviti? No Yes
 Ne Da
- C** Can the patient bend forward to pick up a light object at knee height?
 Može li se pacijent sagnuti prema naprijed kako bi pokupio lakši predmet u visini koljena? No Yes
 Ne Da
- D** Can the patient bend forward to pick up a light object from a desk or table?
 Može li se pacijent sagnuti prema naprijed kako bi pokupio lakši predmet sa stola ili radne površine? No Yes
 Ne Da
- E** Is there any restriction of thoracolumbar spine rotation?
 Postoje li ograničenja pri okretanju torakolumbalne kralježnice? No Yes
 Ne Da
- F** Is there any restriction of cervical spine rotation or extension?
 Postoje li ograničenja pri okretanju ili rastezanju cervikalne kralježnice? No **Go to K**
 Ne **Idite na K**
 Yes **Go to G**
 Da **Idite na G**
- G** Can the patient perform any overhead activities?
 Može li pacijent obavljati bilo kakve aktivnosti iznad glave? No Yes
 Ne Da
- H** Can the patient perform overhead activities without difficulty?
 Može li pacijent bez poteškoća obavljati aktivnosti iznad glave? No Yes
 Ne Da
- I** Does the patient have some difficulty with overhead activities?
 Ima li pacijent određene poteškoće pri obavljanju aktivnosti iznad glave? No Yes
 Ne Da
- J** Can the patient sustain overhead activities?
 Može li pacijent izdržati bilo kakve aktivnosti iznad glave? No Yes
 Ne Da
- K** Is there restriction of some or all cervical spine movements?
 Postoji li ograničenje pri određenim ili pri svim kretanjama cervikalne kralježnice? No **Go to P**
 Ne **Idite na P**
 Yes **Go to L**
 Da **Idite na L**
- L** Does the patient have some difficulty with cervical spine movements?
 Ima li pacijent određene poteškoće pri kretanjama cervikalne kralježnice? No Yes
 Ne Da
- M** Does the patient have difficulty with cervical spine movements in all directions?
 Ima li pacijent poteškoće s kretanjama cervikalne kralježnice u svim smjerovima? No Yes
 Ne Da
- N** Is there complete loss of cervical spine rotation?
 Postoji li potpuni gubitak okretanja cervikalne kralježnice? No Yes
 Ne Da
- O** Is there complete loss of cervical spine forward flexion?
 Postoji li potpuni gubitak sagibanja cervikalne kralježnice prema naprijed? No Yes
 Ne Da
- P** Is the patient able to remain seated for more than 30 minutes?
 Može li pacijent sjediti dulje od 30 minuta? No **Go to Q**
 Ne **Idite na Q**
 Yes **Go to R**
 Da **Idite na R**
- Q** Is the patient able to remain seated for more than 10 minutes?
 Može li pacijent sjediti dulje od 10 minuta? No Yes
 Ne Da
- R** Is the patient able to get up out of a chair without assistance?
 Može li pacijent ustati sa stolice bez pomoći? No Yes
 Ne Da
- S** Does the patient have sufficient spinal movement to complete basic activities of daily living (e.g. dressing, bathing, showering or light housework)?
 Ima li pacijent dovoljnu sposobnost kretanja u kralježnici kako bi mogao obavljati osnovne svakodnevne aktivnosti (npr. oblačenje, kupanje, tuširanje ili lakši kućanski poslovi)? No Yes
 Ne Da

T Is the patient completely unable to perform activities involving spinal function?
Je li pacijent potpuno nesposoban obavljati aktivnosti koje uključuju funkciju kralježnice?

No Yes
Ne Da

U Describe any other impacts.
Opišite ostale moguće utjecaje.

39 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

No **Go to next question**
Ne **Prijedite na sljedeće pitanje**

Yes **Give details below**
Da **U nastavku navedite pojedinosti**

40 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Manje od 3 mjeseca 3-24 mjeseca Dulje od 24 mjeseca

41 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

Resolve
Riješiti

Significantly improve **Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.**
Značajno poboljšati **Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.**

Slightly improve
Neznatno poboljšati

Fluctuate
Biti promjenjiv

Remain unchanged
Ostati nepromijenjen

Deteriorate
Pogoršati

Uncertain
Biti neizvjestan

42 Is this condition episodic or fluctuating?

Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

No Go to next question
Ne Prijedite na sljedeće pitanje

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Uključite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.

Other information / Druge informacije

43 History of this condition.

Provide details of underlying causes and contributing factors.

Povijest navedenog stanja.

Navedite pojedinosti o temeljnim uzrocima i čimbenicima koji doprinose stanju.

44 Provide any additional comments about this condition.

Navedite dodatne komentare o ovom stanju.

56 Is any future treatment planned for this condition?
Planira li se bilo kakvo buduće liječenje navedenog stanja?

No **Go to 58**
Ne **Idite na pitanje broj 58**

Yes Give details below
Da U nastavku navedite pojedinosti

57 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Kakva je očekivana korist od budućeg liječenja?
Navedite pojedinosti u vezi s poboljšanjem simptoma i funkcionalnih sposobnosti.

58 Indicate compliance with recommended treatment:
Navedite podatak o tome koliko se osoba pridržava preporučenog liječenja:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Strogo se pridržava Obično se pridržava Rijetko se pridržava Nije sigurno

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Navedite pojedinosti o pitanjima u vezi s pristupom ili primjenom odgovarajućeg liječenja koje utječe na razine pridržavanja.

Current symptoms / Trenutačni simptomi

59 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Koji simptomi trenutačno stalno postoje **usprkos** liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji?
Budite specifični i uključite ozbiljnost, učestalost i trajanje simptoma.

60 Which limb is affected?
Koji ekstremitet je zahvaćen?

Left Right
Lijevi Desni

61 Is the patient left or right dominant?
Je li pacijent ljevak ili dešnjak?

Left Right
Ljevak Dešnjak

62 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology: Odgovori bi trebali odražavati kako stanje trenutačno utječe na funkcionalnu sposobnost usprkos liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji:	A	Can the patient pick up, handle, manipulate and use most objects encountered on a daily basis without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća podizati, rukovati i upotrebljavati većinu predmeta s kojima se svakodnevno susreće?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
	B	Can the patient pick up heavier objects without difficulty (e.g. a 2 litre carton of liquid or a full shopping bag)? Može li pacijent bez poteškoća podizati teže predmete (npr. pakiranje tekućine od 2 litre ili punu torbu za kupnju)?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
	C	Can the patient handle very small objects without difficulty (e.g. coins)? Može li pacijent bez poteškoća rukovati vrlo malim predmetima (npr. novčićima)?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
	D	Can the patient do up buttons without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća zakopčati dugmad?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
	E	Can the patient reach up or out to pick up objects without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća posezati za predmetima i podizati ih?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
	F	Can the patient pick up a 1 litre carton of liquid without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća podići pakiranje tekućine od 1 litre?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
	G	Can the patient pick up light objects using 2 hands together without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća podizati lake predmete s obje ruke istovremeno?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
	F	Can the patient hold and use a pen or pencil without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća držati i upotrebljavati običnu ili kemijsku olovku?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	Go to I Idite na I
					Go to J Idite na J
	I	The degree of difficulty to hold and use a pen or pencil is (tick one): Stupanj poteškoća pri držanju i korištenju obične ili kemijske olovke je (označite jednu mogućnost):	Mild <input type="checkbox"/> Blag	Moderate <input type="checkbox"/> Umjeren	Severe <input type="checkbox"/> Težak
	J	Can the patient use a standard keyboard without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća upotrebljavati standardnu tipkovnicu?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	Go to K Idite na K
					Go to L Idite na L
	K	Can the patient use a computer keyboard with appropriate adaptations without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća upotrebljavati tipkovnicu računala uz odgovarajuće prilagodbe?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
	L	Can the patient unscrew a lid on a soft-drink bottle without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća odvrnuti poklopac na boci pića?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
M	Does the patient have an amputation rendering a hand or arm non-functional? Ima li pacijent amputaciju koja čini šaku ili ruku nefunkcionalnom?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da		
N	Does the patient have limited movement or coordination in either their hands or arms severely limiting activities (Note: Both hands or both arms)? Ima li pacijent ograničene kretnje ili koordinaciju u šakama ili rukama koje ozbiljno ograničavaju obavljanje aktivnosti (Napomena: obje šake ili obje ruke)?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da		
O	Does the patient use or wear any prosthesis or assistive device? Upotrebljava li ili nosi li pacijent neku protezu ili pomagalo?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	Go to R Idite na R	
				Go to P Idite na P	
P	Is there any difficulty handling, moving or carrying most objects? Postoje li poteškoće pri rukovanju, pomicanju ili nošenju većine predmeta?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	Go to R Idite na R	
				Go to Q Idite na Q	

Q The degree of difficulty handling, moving or carrying most objects is (tick one): Mild Moderate Severe
Blag Umjeren Težak
Je li stupanj poteškoća pri rukovanju, pomicanju ili nošenju većine predmeta (odaberite jednu mogućnost):

R Can the patient turn the pages of a book without difficulty and without assistance? No **Go to S**
Ne **Idite na S**
Može li pacijent bez poteškoća i bez pomoći okrenuti list knjige? Yes **Go to T**
Da **Idite na T**

S The degree of difficulty turning the pages of a book without assistance is (tick one): Mild Moderate Severe
Blag Umjeren Težak
Stupanj poteškoće pri okretanju lista knjige bez pomoći je (odaberite jednu mogućnost):

T Does the patient have no capacity to use either their hands or arms (Note: Both hands or both arms)? No Yes
Ne Da
Postoji li kod pacijenta nesposobnost korištenja šaka ili ruku? (Napomena: obje šake ili obje ruke)?

U Describe any other impacts.
Opišite ostale moguće utjecaje.

63 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitim sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

No **Go to next question**
Ne **Prijedite na sljedeće pitanje**
Yes **Give details below**
Da **U nastavku navedite pojedinosti**

64 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Manje od 3 mjeseca 3-24 mjeseca Dulje od 24 mjeseca

65 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

- Resolve
Riješiti
- Significantly improve
Značajno poboljšati
- Slightly improve
Neznatno poboljšati
- Fluctuate
Biti promjenjiv
- Remain unchanged
Ostati nepromijenjen
- Deteriorate
Pogoršati
- Uncertain
Biti neizvjestan

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

66 Is this condition episodic or fluctuating?
Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

No *Go to next question*
Ne *Prijeđite na sljedeće pitanje*

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Uključite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Other information / Druge informacije

67 History of this condition. Provide details of underlying causes and contributing factors.
Povijest navedenog stanja. Navedite pojedinosti o temeljnim uzrocima i čimbenicima koji doprinose stanju.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

68 Provide any additional comments about this condition.
Navedite dodatne komentare o ovom stanju.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

76 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Koliko je učinkovito trenutačno liječenje?

Opišite reakciju na liječenje i stupanj kontrole simptoma.

77 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Opišite sve nuspojave liječenja, uključujući njihovu težinu.

78 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Kakvo je liječenje navedenog stanja do sada primijenjeno (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?
Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

79 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Nosi li ili koristi li pacijent bilo kakva pomagala, opremu ili pomoćnu tehnologiju u vezi s navedenim stanjem?

No *Go to next question*
Ne *Prijeđite na sljedeće pitanje*

Yes *Give details below*
Da *U nastavku navedite pojedinosti*

- 84** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
Odgovori bi trebali odražavati kako stanje trenutačno utječe na funkcionalnu sposobnost **usprkos** liječenju, pomagalima, opremi ili pomoćnoj tehnologiji:
- A** Does the patient have difficulty walking?
Ima li pacijent poteškoća pri hodanju? No **Go to I**
Ne **Idite na I**
Yes **Go to B**
Da **Idite na B**
- B** Can the patient walk to local facilities without difficulty?
Može li pacijent bez poteškoća hodati do lokalnih objekata? No Yes
Ne Da
- C** Can the patient walk without difficulty around a shopping mall or supermarket without a rest?
Može li pacijent bez poteškoća hodati po trgovačkom centru ili supermarketu bez odmora? No Yes
Ne Da
- D** How far can the patient walk outside their home?
Koliko daleko pacijent može hodati izvan kuće?
- E** Does the patient need to drive or use other transport to get to local shops and facilities?
Mora li se pacijent voziti ili koristiti druge vrste prijevoza kako bi došao do lokalnih trgovina i objekata? No Yes
Ne Da
- F** Does the patient need assistance to walk around a shopping centre or supermarket?
Je li pacijentu potrebna pomoć za hodanje po trgovačkom centru ili supermarketu? No Yes
Ne Da
- G** Does the patient need assistance to walk from a car park into a shopping centre or supermarket?
Je li pacijentu potrebna pomoć za hodanje od parkirališta do trgovačkog centra ili supermarketa? No Yes
Ne Da
- H** Is the patient unable to mobilise independently?
Postoji li kod pacijenta nemogućnost samostalnog kretanja? No Yes
Ne Da
- I** Does the patient use a lower limb prosthesis or a walking stick?
Koristi li pacijent protezu za donji ekstremitet ili štap za hodanje? No **Go to K**
Ne **Idite na K**
Yes **Go to J**
Da **Idite na J**
- J** Can the patient mobilise effectively using the prosthesis or walking stick?
Može li se pacijent samostalno kretati pomoću proteze ili štapa za hodanje? No Yes
Ne Da
- K** Does the patient use a wheelchair?
Koristi li pacijent kolica? No **Go to N**
Ne **Idite na N**
Yes **Go to L**
Da **Idite na L**
- L** Can the patient use the wheelchair independently?
Može li pacijent samostalno koristiti kolica? No Yes
Ne Da
- M** Can the patient transfer to and from the wheelchair without assistance?
Može li se pacijent bez pomoći premjestiti iz kolica i u njih? No Yes
Ne Da
- N** Does the patient use walking aids (e.g. quad stick, crutches or walking frame)?
Koristi li pacijent pomagala za hodanje (npr. četveronožni štap, štace ili okvir)? No **Go to Q**
Ne **Idite na Q**
Yes **Go to O**
Da **Idite na O**
- O** Does the patient move around independently using walking aids?
Kreće li se pacijent samostalno uz pomoć pomagala za hodanje? No Yes
Ne Da
- P** Does the patient require assistance to move around using walking aids, (i.e. need assistance from another person to walk on some surfaces)?
Je li pacijentu potrebna pomoć za kretanje uz pomoć pomagala za hodanje (npr. pomoć druge osobe za hodanje po određenim površinama)? No Yes
Ne Da
- Q** Can the patient stand unaided for at least 10 minutes?
Može li pacijent stajati bez pomoći najmanje 10 minuta? No **Go to R**
Ne **Idite na R**
Yes **Go to S**
Da **Idite na S**

- R** Can the patient stand unaided for 5-10 minutes?
Može li pacijent stajati bez pomoći 5-10 minuta? No Yes
Ne Da
- S** Can the patient stand up from a sitting position without assistance?
Može li pacijent bez pomoći ustati iz sjedećeg položaja? No Yes
Ne Da
- T** Can the patient use stairs without difficulty?
Može li pacijent bez poteškoća koristiti stube? No **Go to U**
Ne **Idite na U**
Yes **Go to W**
Da **Idite na W**
- U** Does the patient have some difficulty climbing stairs?
Ima li pacijent određene poteškoće pri uspinjanju stubama? No Yes
Ne Da
- V** Is the patient unable to use stairs or steps without assistance?
Postoji li kod pacijenta nesposobnost samostalnog korištenja stuba? No Yes
Ne Da
- W** Can the patient kneel or squat and rise back up to a standing position without difficulty?
Može li pacijent bez poteškoća kleknuti ili čučnuti i ponovno se podići u stojeći položaj? No Yes
Ne Da
- X** Can the patient use a motor vehicle?
Može li pacijent koristiti motorno vozilo? No Yes
Ne Da
- Y** Can the patient use public transport without assistance?
Može li pacijent koristiti javni prijevoz bez pomoći? No Yes
Ne Da

Z Describe any other impacts.

Opišite ostale moguće utjecaje.

85 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

No **Go to next question**
Ne **Prijeđite na sljedeće pitanje**

Yes **Give details below**
Da **U nastavku navedite pojedinosti**

86 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

Less than 3 months
Manje od 3 mjeseca

3-24 months
3-24 mjeseca

More than 24 months
Dulje od 24 mjeseca

87 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

- Resolve
Riješiti
- Significantly improve
Značajno poboljšati
- Slightly improve
Neznatno poboljšati
- Fluctuate
Biti promjenjiv
- Remain unchanged
Ostati nepromijenjen
- Deteriorate
Pogoršati
- Uncertain
Biti neizvjestan

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

.....

88 Is this condition episodic or fluctuating?
Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

No *Go to next question*
Ne *Prijeđite na sljedeće pitanje*

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Uključite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.

.....
--

Other information / Druge informacije

89 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Povijest navedenog stanja.
Navedite pojedinosti o temeljnim uzrocima i čimbenicima koji doprinose stanju.

.....

90 Provide any additional comments about this condition.
Navedite dodatne komentare o ovom stanju.

.....

93 The diagnosis is:
Dijagnoza je:

Confirmed **Go to next question**
Potvrđena **Prijedite na sljedeće pitanje**

Presumptive **Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?**
Vjerojatna **Jesu li predviđeni daljnje pretrage/testovi da se potvrdi dijagnoza?**

No **Go to next question**
Ne **Prijedite na sljedeće pitanje**

Yes **Give details below**
Da **U nastavku navedite pojedinosti**

94 Has the diagnosis of this condition been made by a consultant psychiatrist?
Je li dijagnozu stanja postavio suradni psihijatar?

No **Go to next question**
Ne **Prijedite na sljedeće pitanje**

Yes **Provide details of the treating psychiatrist**
Da **Navedite podatke psihijatra zaduženog za osobu**

Name
Ime

--

Qualifications
Kvalifikacije

--

Address
Adresa

Country Država

Phone number
Broj telefona

Country () Area code () Država () Predbroj ()
--

Date(s) the patient has consulted the psychiatrist.

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

Datum(i) posjeta pacijenta psihijatra.

Ako je bilo više od četiri posjeta, navedite datum prvog posjeta i datum posljednjeg posjeta.



Attach a report from this treating psychiatrist. This report **MUST** be attached.
Priložite izvješće navedenog psihijatra zaduženog za osobu. To se izvješće **MORA** priložiti.

► **Go to 97**
Idite na pitanje broj 97

95 Has the diagnosis been made by the patient's treating doctor?
Je li dijagnozu postavio liječnik zadužen za pacijenta?

No ► Go to next question
Ne ► Prijedite na sljedeće pitanje

Yes ► Provide details of the treating doctor
Da ► Navedite podatke liječnika zaduženog za osobu

Name

Ime

Qualifications

Kvalifikacije

Address

Adresa

Country
Država

Phone number

Broj telefona

Country () Area code ()
Država () Predbroj ()

Date(s) the patient has consulted this medical practitioner.

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

Datum(i) posjeta pacijenta ovom zdravstvenom djelatniku. Ako je bilo više od četiri posjeta, navedite datum prvog posjeta i datum posljednjeg posjeta.



Attach a report from this treating doctor. This report **MUST** be attached.

Priložite izvješće navedenog liječnika zaduženog za osobu. To se izvješće **MORA** priložiti.

► Go to next question
Prijedite na sljedeće pitanje

96 Has the diagnosis been confirmed by a clinical psychologist (i.e. a psychologist with specialised qualifications which legally entitle them to diagnose and treat psychiatric and psychological conditions in their country/countries of practice)?

Je li dijagnozu potvrdio klinički psiholog (odnosno psiholog s posebnim kvalifikacijama (specijalizacijom) koja mu prema zakonu daje pravo dijagnosticiranja i liječenja psihijatrijskih i psiholoških stanja u državi/državama u kojoj/ima obavlja praksu)?

No **Go to next question**
Ne **Prijedite na sljedeće pitanje**

Yes **Provide details of the clinical psychologist**
Da **Navedite podatke kliničkog psihologa**

Name

Ime

Qualifications

Kvalifikacije

Address

Adresa

Phone number

Broj telefona

Date(s) the patient has consulted this clinical psychologist.

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Datum(i) posjeta pacijenta navedenom kliničkom psihologu.

Ako je bilo više od četiri posjeta, navedite datum prvog posjeta i datum posljednjeg posjeta.

Country
Država

Country () Area code ()
Država () Predbroj ()

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina



Attach a report from this clinical psychologist. This report **MUST** be attached.
Priložite izvješće navedenog kliničkog psihologa. To se izvješće **MORA** priložiti.

► **Go to next question**
Prijedite na sljedeće pitanje

97 What was the date of diagnosis?

Kada je postavljena dijagnoza (datum)?

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

98 What was the date of onset of symptoms (if known)?

Kada su se pojavili prvi simptomi (ako je podatak poznat)?

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

99 What is the prognosis of this condition?

Give a timeframe, if applicable.
Kakva je prognoza navedenog stanja?
Navedite vremenski okvir, ako je primjenjivo.

104 Has the patient been hospitalised for this condition?
Je li pacijent hospitaliziran zbog navedenog stanja?

No **Go to next question**

Ne **Prijedite na sljedeće pitanje**

Yes **Give details below, beginning with the most recent**

Da **U nastavku navedite pojedinosti, počevši s najnovijima**

1	Condition (diagnosis) Stanje (dijagnoza)	
	Date of admission Datum prijema	Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina
	Duration Trajanje	
	Reason Razlog	
	Name of institution Naziv ustanove	

2	Condition (diagnosis) Stanje (dijagnoza)	
	Date of admission Datum prijema	Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina
	Duration Trajanje	
	Reason Razlog	
	Name of institution Naziv ustanove	

3	Condition (diagnosis) Stanje (dijagnoza)	
	Date of admission Datum prijema	Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina
	Duration Trajanje	
	Reason Razlog	
	Name of institution Naziv ustanove	

If the patient has been hospitalised more than 3 times, attach a separate sheet with details.
Ako je pacijent hospitaliziran više od 3 puta, priložite poseban list s pojedinostima.

105 Is any future treatment planned for this condition?
Planira li se bilo kakvo buduće liječenje navedenog stanja?

No **Go to 107**

Ne **Idite na pitanje broj 107**

Yes **Give details below**

Da **U nastavku navedite pojedinosti**

106 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms and functional capacity.
Kakva je očekivana korist od budućeg liječenja?
Navedite pojedinosti u vezi s poboljšanjem simptoma i funkcionalnih sposobnosti.

107 Indicate compliance with recommended treatment:
Navedite podatak o tome koliko se osoba pridržava preporučenog liječenja:

Very compliant
Strogo se pridržava

Usually compliant
Obično se pridržava

Rarely compliant
Rijetko se pridržava

Uncertain
Nije sigurno

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Navedite pojedinosti o pitanjima u vezi s pristupom ili primjenom odgovarajućeg liječenja koje utječe na razine pridržavanja.

Current symptoms / Trenutačni simptomi

108 What symptoms currently persist **despite** treatment?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Koji simptomi trenutačno stalno postoje **usprkos** liječenju?
Budite specifični i uključite ozbiljnost, učestalost i trajanje simptoma.

Functional impact / Funkcionalni utjecaj

109 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment:
Odgovori bi trebali odražavati kako navedeno stanje trenutačno utječe na funkcionalnu sposobnost pacijenta **usprkos** liječenju:

A Does the patient have difficulty with self care and independent living?
Ima li pacijent poteškoća s osobnom njegom i samostalnim životom?

No **Go to B**
Ne **Prijedite na dio B**

Yes Provide details and examples below
Da U nastavku navedite pojedinosti i primjere

B Does the patient have difficulty with social/recreational activities and travel?
Ima li pacijent poteškoća s društvenim/rekreativnim aktivnostima i putovanjima?

No **Go to C**
Ne **Prijedite na dio C**

Yes Provide details and examples below
Da U nastavku navedite pojedinosti i primjere

C Does the patient have difficulty with interpersonal relationships?
Ima li pacijent poteškoća s međuljudskim odnosima?

No **Go to D**
Ne **Prijedite na dio D**

Yes Provide details and examples below
Da U nastavku navedite pojedinosti i primjere

D Does the patient have difficulty with concentration and task completion?
Ima li pacijent poteškoća s koncentracijom i obavljanjem zadataka?

No **Go to E**
Ne **Prijedite na dio E**

Yes Provide details and examples below
Da U nastavku navedite pojedinosti i primjere

E Does the patient have difficulty with behaviour, planning and decision-making?
Ima li pacijent poteškoća s ponašanjem, planiranjem i donošenjem odluka?

No **Go to F**
Ne **Prijedite na dio F**

Yes Provide details and examples below
Da U nastavku navedite pojedinosti i primjere

F Describe any other impacts.
Opišite ostale moguće utjecaje.

110 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

No **Go to next question**
Ne **Prijedite na sljedeće pitanje**

Yes Give details below
Da U nastavku navedite pojedinosti

111 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

Less than 3 months
Manje od 3 mjeseca

3-24 months
3-24 mjeseca

More than 24 months
Dulje od 24 mjeseca

112 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

Resolve
Riješiti

Significantly improve
Značajno poboljšati

Slightly improve
Neznatno poboljšati

Fluctuate
Biti promjenjiv

Remain unchanged
Ostati nepromijenjeno

Deteriorate
Pogoršati

Uncertain
Nisam siguran

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

113 Is this condition episodic or fluctuating?
Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

No *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Uključite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.

Other information / Druge informacije

114 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Povijest navedenog stanja.
Navedite pojedinosti o temeljnim uzrocima i čimbenicima koji doprinose stanju.

115 Provide any additional comments about this condition.
Navedite dodatne komentare o ovom stanju.

118 The diagnosis is:
Dijagnoza je:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Potvrđena Tko je potvrdio dijagnozu?

Name

Ime

Qualifications

Kvalifikacije

Presumptive

Vjerojatna

Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?

Planiraju li se dodatna ispitivanja/procjene radi potvrđivanja dijagnoze?

No

Ne

Yes

Da

119 What was the date of diagnosis?
Kada je postavljena dijagnoza (datum)?

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

120 What was the date of onset of symptoms (if known)?
Kada su se pojavili prvi simptomi (ako je podatak poznat)?

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina

121 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Kakva je prognoza navedenog stanja?
Navedite vremenski okvir, ako je primjenjivo.

Treatment / Liječenje

122 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Kakvo se liječenje navedenog stanja trenutačno primjenjuje (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, savjetovanje, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?
Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

131 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology.

Describe in detail the impact on:

Odgovori bi trebali odražavati kako stanje trenutno utječe na funkcionalnu sposobnost **usprkos** liječenju, pomagalima, opremi ili pomoćnoj tehnologiji.

Navedite detaljan opis utjecaja na:

A Endurance.

Izdržljivost.

B Movement/dexterity (e.g. walking, bending, sitting, standing, lifting/carrying/manipulating objects).

Kretanje/spretnost (npr. hodanje, sagibanje, sjedenje, stajanje, podizanje/nošenje/rukovanje predmetima).

C Neurological/cognitive function (e.g. concentrating, decision making, memory, problem solving).

Neurološke/kognitivne funkcije (npr. koncentracija, donošenje odluka, pamćenje, rješavanje problema).

D Functions of consciousness (involuntary loss of consciousness or altered consciousness e.g. seizures, migraines).

Funkcije svijesti (nehotični gubitak ili promjena svijesti, primjerice napadaji, migrene).

E Behaviour, planning, interpersonal relationships.

Ponašanje, planiranje, međuljudski odnosi.

F Sensory and communication functions (e.g. seeing, hearing, speaking).

Senzorne i komunikacijske funkcije (npr. vid, sluh, govor).

G Digestive, reproductive and continence functions.

Digestivne, reproduktivne funkcije i kontinenciju.

H Need for care (e.g. support in daily living, supported accommodation or nursing home/hospital care).

Potrebu za njegom (npr. potpora u svakodnevnom životu, smještaj uz pomoć ili u domu/bolnička njega).

I Shopping and performing household tasks.

Svakodnevno obavljanje kupnje i kućanskih poslova.

J Driving and use of public transport.
Vožnju i korištenje javnog prijevoza.

K Other impacts as applicable.
Drugi učinci prema primjenjivosti.

132 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

- No Go to next question
Ne Prijedite na sljedeće pitanje
- Yes Give details below
Da U nastavku navedite pojedinosti

133 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

- Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Manje od 3 mjeseca 3-24 mjeseca Dulje od 24 mjeseca

134 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

- Resolve
Riješiti
- Significantly improve
Značajno poboljšati
- Slightly improve
Neznatno poboljšati
- Fluctuate
Biti promjenjiv
- Remain unchanged
Ostati nepromijenjen
- Deteriorate
Pogoršati
- Uncertain
Biti neizvjestan

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

PART G – Additional information

DIO G – Dodatne informacije

- 138** Does the patient have any other medical conditions which are generally well managed and cause minimal or limited impact on ability to function?

Ima li pacijent kakva druga zdravstvena stanja koja su općenito dobro kontrolirana i predstavljaju manje smetnje ili imaju ograničen utjecaj na sposobnost funkcioniranja?

No ► *Go to next question*
Ne ► *Prijedite na sljedeće pitanje*

Yes ► *Give details below*
Da ► *U nastavku navedite pojedinosti*

Condition (diagnosis) Stanje (dijagnoza)	Treatment Liječenje	Significant improvement expected? Očekuje se znatno poboljšanje?		Impact on ability to function Utjecaj na sposobnost funkcioniranja
		No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
1		No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
2		No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
3		No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
4		No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	

If there are more than 4 medical conditions which do NOT have a significant impact on ability to function, attach a separate sheet with details.

Ako postoji više od četiri zdravstvena stanja koja NEMAJU znatni utjecaj na sposobnost funkcioniranja, priložite zasebne stranice s pojedinostima.

- 139** Patient's details
Podaci o pacijentu

Height

Visina

Weight

Težina

Blood pressure

Krvni tlak

- 140** Does the patient have a medical condition that may significantly reduce their life expectancy?

Ima li pacijent zdravstveno stanje koje bi moglo znatno skratiti njegov očekivani životni vijek?

No ► **Go to 142**
Ne ► **Idite na pitanje broj 142**

Yes ► **Diagnosis of condition**
Da ► **Dijagnoza stanja**

- 141** Is the average life expectancy of a patient with this condition shorter than 24 months?
Je li prosječni životni vijek pacijenta s navedenim stanjem kraći od 24 mjeseca?

No
Ne

Yes
Da

PART H – Capacity for work or training

DIO H – Sposobnost za rad ili obrazovanje

Instructions for the doctor

PART H is to provide a holistic summary of the patient's current and potential capacity for work.

- Only those medical conditions with impact on functional capacity expected to persist for more than 2 years should be considered in assessing the patient's work capacity.
- Rate how the patient's work capacity is affected by their medical conditions now and over the next 2 years. This means any work the patient is capable of performing regardless of the availability of that work and without regard to the patient's age, educational level and current work skills.
- Tick one option for each column in the work capacity tables.
- Respond even if the patient has not worked for some time.

Upute liječniku

U DIJELU H potrebno je dati sveobuhvatni sažetak trenutačne i moguće radne sposobnosti pacijenta.

- Pri razmatranju radne sposobnosti pacijenta potrebno je uzeti u obzir samo ona zdravstvena stanja koja utječu na funkcionalnu sposobnost, a za koja se očekuje da će potrajati više od 2 godine.
- Procijenite kako zdravstveno stanje pacijenta trenutačno utječe na radnu sposobnost pacijenta i kako će utjecati tijekom sljedeće 2 godine. To znači svaki posao koji pacijent može obavljati bez obzira na njegovu dostupnost te dob, stupanj obrazovanja i trenutačne radne vještine pacijenta.
- Označite po jednu mogućnost za svaki stupac u tablicama radne sposobnosti.
- Odgovorite čak i ako pacijent već neko vrijeme nije radio.

- 142 Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITHOUT ANY INTERVENTION programs: i.e. WITHOUT programs that are designed to assist people back into the workforce (e.g. on the job training, vocational rehabilitation).
Navedite svoju procjenu sposobnosti pacijenta da obavlja bilo koji posao BEZ IKAKVIH INTERVENTNIH programa: odnosno BEZ programa namijenjenih pomaganju osobama koje se vraćaju među zaposlene osobe (npr. obrazovanje za određeni posao, stručna rehabilitacija).

Work capacity / Radna sposobnost

	Current Trenutačna	Within 6 months U sljedećih 6 mjeseci	6–24 months Tijekom 6-24 mjeseca	More than 24 months Dulje od 24 mjeseca
0–7 hrs per week 0–7 sati tjedno				
8–14 hrs per week 8–14 sati tjedno				
15–29 hrs per week 15–29 sati tjedno				
30+ hrs per week Više od 30 sati tjedno				

Type of work / Vrsta posla

Suggested suitable work
Predloženi odgovarajući posao

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations
Navedite razloge radne sposobnosti i preporuku o vrsti posla

143 Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITH INTERVENTION programs:
i.e. WITH programs that **are** specifically designed for people with physical, intellectual or psychiatric impairments (e.g. vocational rehabilitation, disability employment services) AND those that **are not** (e.g. vocational or pre-vocational training, on the job training and educational programs).
Navedite svoju procjenu sposobnosti pacijenta da obavlja bilo koji posao UZ INTERVENTNE programe: odnosno UZ programe koji **su** posebno namijenjeni osobama s tjelesnim, intelektualnim ili psihijatrijskim oštećenjima (npr. stručna rehabilitacija, usluge zapošljavanja osoba s posebnim potrebama) I one koji **nisu** (npr. stručno obrazovanje ili osposobljavanje, obrazovanje u okviru zaposlenja i obrazovni programi).

Work capacity / Radna sposobnost

	Current Trenutačna	Within 6 months U sljedećih 6 mjeseci	6–24 months Tijekom 6-24 mjeseca	More than 24 months Dulje od 24 mjeseca
0–7 hrs per week 0–7 sati tjedno				
8–14 hrs per week 8–14 sati tjedno				
15–29 hrs per week 15–29 sati tjedno				
30+ hrs per week Više od 30 sati tjedno				

Type of work / Vrsta posla

Suggested suitable work
Predloženi odgovarajući posao

.....

.....

.....

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations

Navedite razloge radne sposobnosti i preporuku o vrsti posla

.....

.....

.....

144 What type(s) of assistance would best assist the patient to return to work?
Koja(e) vrsta(e) pomoći bi najbolje pomogla pacijentu da se vrati na posao?

No assistance required
Pomoć nije potrebna

Educational training (e.g. Year 12)
Obrazovne aktivnosti (npr. 12. godina obrazovanja)

Vocational/work training and rehabilitation
Stručne/radne aktivnosti i rehabilitacija

On-the-job training
Dodatno obrazovanje na radnom mjestu

Voluntary work
Dobrovoljni rad

Drug and alcohol assistance
Pomoć osobama s ovisnošću o opojnim sredstvima i alkoholu

Other
Drugo

Go to 146
Idite na pitanje broj 146

Go to next question
Prijeđite na sljedeće pitanje

Give details below
U nastavku navedite pojedinosti

.....

.....

.....

145 Indicate your assessment of the patient's interest in pursuing assistance to return to work:
Navedite svoju procjenu interesa pacijenta da potraži pomoć radi povratka na posao:

Nil Minimal Moderate Substantial
Nikakav Minimalan Umjeren Znatan

Give details below
U nastavku navedite pojedinosti

.....


.....

.....

PART i – Certification

DIO i – Potvrda

- 146 This patient has been...
Ova osoba je bila...
- my patient since
moj pacijent od
- Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina
- a patient at this practice since
pacijent u ovoj ordinaciji od
- Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina
- 147 Would you like someone from Services Australia, or a medical assessor authorised by Services Australia to contact you about this report (e.g. if there is any information which, if released to the patient, might be prejudicial to their physical or mental health)?
Želite li da vas netko iz Services Australia ili djelatnik koji vrši procjenu vašeg zdravstvenog stanja i ima ovlaštenje od Services Australia kontaktira u svezi s ovim izvješćem (npr. ako postoje neke informacije koje bi, ako se dostave pacijentu, mogle biti štetne po njegovo fizičko ili mentalno zdravlje)?
- No *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*
- Yes The following days and local times suit me:
Da Odgovaraju mi sljedeći dani i lokalno vrijeme
- | Day
Dan | Time
Vrijeme | to
do |
|----------------------|-----------------------------|--|
| <input type="text"/> | : am/ujutro
: pm/popodne | <input type="text"/> : am/ujutro
: pm/popodne |
| <input type="text"/> | : am/ujutro
: pm/popodne | <input type="text"/> : am/ujutro
: pm/popodne |
- Would you like an interpreter when speaking with us?
Biste li željeli pomoć tumača kada budete razgovarali s nama?
- No *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*
- Yes Preferred language
Da Željeni jezik
-

- 148 Doctor's details and declaration Please make sure you have read the **Privacy and your personal information on page 3** of this form. Please print in BLOCK LETTERS or use stamp. Podaci o liječniku i izjava Molimo svakako pročitajte dio o **zaštiti privatnosti Vaših osobnih podataka na stranici 3** ovog obrasca. Pišite VELIKIM SLOVIMA ili upotrijebite žig.
- Details of doctor completing this report:
Podaci o liječniku koji je ispunio ovo izvješće:
- Name of doctor
Ime liječnika
- Qualifications
Kvalifikacije
- Address
Adresa
- Country
Država
- Phone number
Broj telefona
- Signature
Potpis
- Date
Država
- Stamp (if applicable)
Žig (ako je primjenjivo)
-
-
-
- Country () Area code ()
Država () Predbroj ()
- 
- Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina
-

149 Returning this report
[Povrat ovog izvješća](#)

Return address
Povratna adresa

Services Australia
International Services
Reply Paid 7809
CANBERRA BC ACT 2610
AUSTRALIA

Please post this completed report and any attachments directly to International Services, or if you prefer, you may give this completed report and any attachments to your patient to return to International Services.

Thank you for your assistance.

Molimo Vas da ispunjeno izvješće i eventualne priloge pošaljete poštom direktno u International Services, ili ako radije želite možete ga dati zajedno sa svim priložima pacijentu da ga on vrati u International Services.

Zahvaljujemo Vam na suradnji.

ENQUIRIES

If you have any questions please call
(+61 3) 6222 3455 (outside Australia)
131 673 (inside Australia)

Note: Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

Upiti

Ako imate daljnja pitanja molimo nazovite broj **(+61 3) 6222 3455** (izvan Australije) ili **131 673** (u Australiji).

Opaska: Poziv se naplaćuje – cijena poziva s mobitela može biti veća.