

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
ВЫБЫВШЕГО ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА N ____**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Дата рождения: "___" _____ 20__ г.

Пол: мужской - 1, женский - 2

Гражданство: _____

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____ улица _____

дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____ улица _____

дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность: городская - 1, сельская - 2

Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в зарегистрированном браке - 2, неизвестно - 3.

Общее образование: 1 - дошкольное образование; 2 - начальное общее образование; 3 - основное общее образование; 4 - среднее общее образование; профессиональное образование: 5 - среднее профессиональное образование; 6 - высшее образование; неизвестно - 7.

Занятость: работает - 1, проходит военную и приравненную к ней службу - 2, пенсионер - 3, обучающийся - 4, не работает - 5, прочее - 6 _____.

Для детей: дошкольник, организован - 7, дошкольник, не организован - 8, школьник - 9; социальное положение: ребенок-сирота - 10, без попечения родителей - 11, проживающий в организации для детей-сирот - 12.

Место работы, место учебы, наименование дошкольного образовательного учреждения, наименование организации для детей-сирот: _____

Должность (для работающего): _____

Группа инвалидности: _____

Лицо, подвергшееся радиационному облучению: да - 1, нет - 2

Полис обязательного медицинского страхования: _____

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: "___" ___ 20__ г.
данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу: _____.

СНИЛС: _____

Дата и время поступления: "___" _____ 20__ г. время: __ час. __ мин.

Поступил через _____ часов после начала заболевания, получения травмы, отравления.

Направлен в стационар (дневной стационар): поликлиникой - 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи - 2, полицией - 3, обратился самостоятельно - 4, другое - 5 (указать) _____

Поступил в стационар (дневной стационар) для оказания медицинской помощи в текущем году: по поводу основного заболевания, указанного в диагнозе при поступлении: первично - 1, повторно - 2.

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1, экстренная - 2.

Факт употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установлении наличия или отсутствия признаков состояния опьянения при поступлении пациента в медицинскую организацию: _____.

Основной вид оплаты: обязательное медицинское страхование - 1, средства бюджета (всех уровней) - 2, платные медицинские услуги - 3, в том числе добровольное медицинское страхование - 4, другое - 5 _____

Диагноз при направлении: _____

код по МКБ _____

Предварительный диагноз (диагноз при поступлении): _____

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Движение пациента по отделениям:

№ п/п	Наименование отделения	Профиль коек	Фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача	Дата поступления	Дата и время выписки, смерти	Основное заболевание	Код по МКБ	Количество дней нахождения в медицинской организации
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Сведения об оперативных вмешательствах (операциях):

Дата, время	Фамилия, имя, отчество (при наличии) оперирующего врача	Код отделения	Наименование оперативного вмешательства (операции)		Осложнение оперативного вмешательства (операции)		Вид анестезиологического пособия	Использование медицинских изделий (оборудования)			
			наименование	код согласно номенклатуре медицинских услуг	наименование	код по МКБ		эндоскопическое	лазерное	криогенное	рентгеновское
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____
 иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____
 Обследование: на ВИЧ: да - 1; нет - 2; на сифилис: да - 3; нет - 4; на гепатиты В, С: да - 5; нет - 6.

Исход госпитализации: выписан - 1, в том числе в дневной стационар - 2, в стационар - 3.

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), куда переведен пациент _____

Результат госпитализации: выздоровление - 1, улучшение - 2, без перемен - 3, ухудшение - 4, умер - 5.

Выписан дата: "___" _____ 20__ г. время: ___ час. ___ мин.

Умер в _____ отделении: "___" _____ 20__ г. время: ___ час. ___ мин.

Умерла беременная: 1 - до 22 недель беременности, 2 - после 22 недель беременности.

Количество дней нахождения в медицинской организации _____

Оформлен листок нетрудоспособности: N _____ от "___" _____ 20__ г.

(дубликат листка нетрудоспособности N _____ от "___" _____ 20__ г.)

освобождение от работы с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.

продление листка нетрудоспособности:

N _____ освобождение от работы с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.

N _____ освобождение от работы с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.

приступить к работе с "___" _____ 20__ г.

явка в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение
медицинской организации) "___" _____ 20__ г.

Оформлен листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи
(фамилия, имя, отчество (при наличии)):

Диагноз клинический, установленный в стационаре, дневном стационаре:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача

_____ подпись _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) заведующего отделением

_____ подпись _____