

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА
круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном
учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом
учреждении, стационара дому.**

№ медицинской карты _____

1. Код пациента: _____ 2. Ф.И.О.: _____
3. Пол: муж – 1; жен. – 2 4. Дата рождения _____
5. Документ, удостоверяющий личность: название, серия, номер _____
6. Адрес: регистрация по месту жительства _____
7. Код территории проживания: _____ Житель: город – 1; село – 2.
7а. Место работы _____
8. Страховой полис (серия, номер): _____
Выдан: кем _____ Код терр.: _____
9. Вид оплаты: ОМС – 1; Бюджет – 2; Платные услуги – 3; в т.ч. ДМС – 4; Другое – 5.
10. Социальный статус: дошкольник – 1; организован – 2; неорганизован – 3; учащийся – 4; работает – 5;
не работает – 6; БОМЖ – 7; пенсионер – 8; военнослужащий – 9; Код _____;
Член семьи военнослужащего – 10.
11. Категория льготности: инвалид ВОВ – 1; участник ВОВ – 2; воин-интернационалист – 3;
лицо, подвергшееся радиационному облучению – 4; в т.ч. в Чернобыле – 5; инв. I гр. – 6; инв. II гр. – 7;
инв. III гр. – 8; ребенок инвалид – 9; инвалид с детства – 10; прочие – 11.
12. Кем направлен _____ № напр. _____ Дата: _____
13. Кем доставлен _____ Код _____ Номер наряда _____
14. Диагноз направившего учреждения _____
15. Диагноз приемного отделения _____
16. Доставлен в состоянии опьянения: ** Алкогольного – 1; Наркотического – 2.
17. Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году:
первично – 1; повторно – 2; по экстренным показаниям – 3; в плановом порядке – 4.
18. Доставлен в стационар от начала заболевания (получения травмы): в первые 6 часов – 1; в теч. 7 – 24
часов – 2; позднее 24-х часов – 3.
18а. Расхождения диагнозов направившего учреждения и стационара: да – 1; нет – 2.
19. Травма: - производственная: промышленная – 1; транспортная – 2, в т.ч. ДТП – 3; с/хоз – 4;
прочие – 5; не производственная: бытовая – 6; уличная – 7; транспортная – 8; в т.ч. ДТП – 9;
школьная – 10; спортивная – 11; противоправная травма – 12; прочие – 13.
20. Дата поступления в приемное отделение: _____ Время _____
21. Название отделения _____ Дата поступления
(рождения) _____
Время (поступления; рождения) _____; Вес ребенка в граммах _____
Подпись врача приемного отделения _____ Код _____

22. Дата выписки (смерти): _____ Время _____
23. Продолжительность госпитализации (койко-дней): _____
24. Исход госпитализации: выписан – 1; в т.ч. в дневной стационар – 2; в круглосуточный стационар – 3;
переведен в другой стационар – 4; направлен в РВК – 5.
24.1. Результат госпитализации: выздоровление – 1; улучшение – 2; без перемен – 3; ухудшение – 4;
здоров – 5; умер – 6.
25. Листок нетрудоспособности: открыт _____ закрыт: _____
25.1. По уходу за больным Полных лет: _____ Пол: муж 1 жен 2

* - идентификационный номер пациента или иной, принятый в ЛПУ.

** - определение состояния опьянения осуществляется в соответствии с порядком установленном Минздравом России.

26. Движение пациента по отделениям:

№ №	Код отделения	Профиль коек	Код врача	Дата поступления	Дата выписки, перевода 3)	Код диагноза по МКБ	Код медицинского стандарта 1)	Код прерванного случая 2)	Вид оплаты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

27. Хирургические операции (обозначить: основную операцию, использование спец. аппаратуры):

Дата, час	Код хирурга	Код отделения	Операция		Осложнение		Анестезия*	Использ. спец. аппаратуры				Вид оплаты
			наименование	код	наименование	код		Эндоскоп.		лазер	криог.	
								всего	в т.ч. при стерилизации женщин			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

*Анестезия: общая – 1, местная – 2.

28. Обследован: RW 1 AIDS 2

29. Диагноз стационара (при выписке):

Клинический заключительный	Основное заболевание	Код МКБ	Осложнение	Код МКБ	Сопутствующие заболевания	Код МКБ
Патолого-анатомический						

30. В случае смерти указать основную причину _____ код по МКБ _____

31. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации – 1; недостаточный объем клинико-диагностического обследования – 2; неправильная тактика лечения – 3; несовпадение диагноза – 4.

Подпись лечащего врача _____

Подпись заведующего отделением _____

- 1) Проставляется в случае утверждения в субъекте Российской Федерации в установленном порядке.
- 2) Заполняется при использовании в системе оплаты.
- 3) При выписке, переводе из отделения реанимации указать время пребывания в часах.