

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ФОРМА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА

<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ	ДАТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ	ВРЕМЯ	ДАТА ВЫБЫТИЯ	ВРЕМЯ	КОЙКО-ДНЕЙ	ВРЕМЯ
<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	<div></div>				
КОД ОЗ		<div></div>				
<div><div></div><div></div><div></div></div>		<div></div>				
КОД ОТДЕЛЕНИЯ	<div></div>					

<input type="checkbox"/>	ОЭМП	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ОЭМП	ДЛЯ КОЕК ГЕМОДИАЛИЗА:		РЕЗУЛЬТАТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:	
<input type="checkbox"/>	ОКП	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ОКП	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	НОМЕР МЕСЯЦА, В КОТОРОМ ПРОВОДИЛСЯ ГЕМОДИАЛИЗ	<input type="checkbox"/>	ВЫПИСАН <input type="checkbox"/> УМЕР
<input type="checkbox"/>	НАХОДИЛСЯ В ОРИТ / ПИТ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ДНЕЙ В ОРИТ/ ПИТ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	КОЛИЧЕСТВО СЕАНСОВ	<input type="checkbox"/>	ПЕРЕВЕДЕН В ДРУГОЙ СТАЦИОНАР
						<input type="checkbox"/>	САМОВОЛЬНЫЙ УХОД

ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЕН:			ТИП ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:	
<input type="checkbox"/> ГСВ/ЦСМ/ЦОВП	<input type="checkbox"/> ДРУГИМ СТАЦИОНАРОМ	<input type="checkbox"/> АДО / КДО	<input type="checkbox"/> ПЛАНОВАЯ	
<input type="checkbox"/> САМОНАПРАВЛЕНИЕ	<input type="checkbox"/> ВВК	<input type="checkbox"/> НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ В ДАННОЙ ОЗ	<input type="checkbox"/> ЭКСТРЕННАЯ, ДО 24 ЧАСОВ	
<input type="checkbox"/> БРИГАДОЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕД. ПОМОЩИ		<input type="checkbox"/> ПРОЧИЕ	<input type="checkbox"/> В Т.Ч. ЭКСТРЕННАЯ, ДО 12 ЧАСОВ (ДЛЯ ОКС I20.0-I22.9)	
			<input type="checkbox"/> ЭКСТРЕННАЯ, ПОЗЖЕ 24 ЧАСОВ	

КОД НАПРАВИВШЕЙ ОЗ	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	НАИМЕНОВАНИЕ НАПРАВИВШЕЙ ОЗ	
КОД ПО МКБ-10	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ПИН	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ПОЛИС ОМС
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ФАМИЛИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ДАТА РОЖДЕНИЯ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ИМЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ВОЗРАСТ НА МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ОТЧЕСТВО	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ГРАЖДАНСТВО
										ПОЛ:	<input type="checkbox"/>	МУЖ	<input type="checkbox"/>	ЖЕН					

АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	ОБЛАСТЬ РАЙОН НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ	УЛИЦА <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	ДОМ КВАРТИРА
--	---	--	---------------------

<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>	КОД СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И ЗАСТРАХОВАННОСТИ ПО ОМС	<div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>	НАЗВАНИЕ И № ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ
<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>	КОД ЛЬГОТНОЙ КАТЕГОРИИ ПО СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ	<div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>	
<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>	КОД ЛЬГОТНОЙ КАТЕГОРИИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ	<div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>	НАЗВАНИЕ И № ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПРАВО НА ЛЬГОТЫ
<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 30px;"></div>	



СОПЛАТА СУММА



НОМЕР ТАЛОНА



ДАТА СОПЛАТЫ



ЛКК



№ ПЛАТЕЖНОГО ДОКУМЕНТА (КВИТАНЦИЯ)

ДЛЯ КОДОВ МКБ-10 ПО ТРАВМАМ S00-T35 - ХАРАКТЕР ТРАВМЫ:

<input type="checkbox"/> ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ	<input type="checkbox"/> УЛИЧНАЯ	<input type="checkbox"/> СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННАЯ	<input type="checkbox"/> СПОРТИВНАЯ	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> ПРИ ПОПЫТКЕ СУИЦИДА – КОД ПО МКБ-10 ХАРАКТЕРА САМОПОВРЕЖДЕНИЯ (X60-X84)
<input type="checkbox"/> БЫТОВАЯ	<input type="checkbox"/> ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНАЯ	<input type="checkbox"/> ШКОЛЬНАЯ	<input type="checkbox"/> ПРОЧАЯ	

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

КОД ПО МКБ-10

ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ

КОД ПО МКБ-10

ОСЛОЖНЕНИЕ № 1

КОД ПО МКБ-10

ОСЛОЖНЕНИЕ № 2

КОД ПО МКБ-10

СОПУТСТВУЮЩИЙ
ДИАГНОЗ № 1

КОД ПО МКБ-10

СОПУТСТВУЮЩИЙ
ДИАГНОЗ № 2

В СЛУЧАЕ СМЕРТИ:

ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ:

КОД ПО МКБ-10

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ / МАНИПУЛЯЦИИ:

ОСНОВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ:

ДРУГИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ
ОПЕРАЦИИ / МАНИПУЛЯЦИИ:

	КОД	ДАТА И ВРЕМЯ НАЧАЛА ОПЕРАЦИИ		АНЕСТЕЗИЯ*
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

НАЛИЧИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ: ☐

В ТОМ ЧИСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ☐

*АНЕСТЕЗИЯ: ОБЩАЯ - 1, МЕСТНАЯ – 2, В Т. Ч. СПИНАЛЬНАЯ - 2.1 СОЧЕТАННАЯ - 3

ДЛЯ КОДОВ МКБ-10 ПО ОСТРОМУ
КОРОНАРНОМУ СИНДРОМУ I20.0-I22.9:

- ☐ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST
- ☐ БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST
- ☐ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИЛАСЬ

ДЛЯ КОДОВ МКБ-10 ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ A15.0-A16.9:

- ☐ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИ
- ☐ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИ
- ☐ РЕЗИСТЕНТНЫЙ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИ

ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО:

- МАССА ТЕЛА

☐ 500 - 999 ГР.

☐ 1000 - 1499 ГР.

☐ 1500 - 2499 ГР.

☐ 2500 ГР. И БОЛЕЕ
- НАХОДИЛСЯ НА:

☐ ИВЛ

☐ СРАР

ДНЕЙ НА ИВЛ

ДНЕЙ НА СРАР

ПОДПИСЬ И ПЕЧАТЬ
ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА

КОД ВРАЧА

ПОДПИСЬ ЗАВ.
ОТДЕЛЕНИЕМ

КОД ВРАЧА