

### Клинико-статистическая форма выбывшего из стационара

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ	ДАТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ	ВРЕМЯ	ДАТА ВЫБЫТИЯ	ВРЕМЯ	КОЙКО-ДНЕЙ	ВРЕМЯ

<input type="text"/>	НАИМЕНОВАНИЕ ОЗ	<input type="text"/>
КОД ОЗ	ВНУТРЕННИЙ	<input type="text"/>
СТАНДАРТ-НЫЙ КОД ПРОФИЛЯ ОТДЕЛЕНИЯ	КОД ОТДЕЛЕНИЯ	НАИМЕНОВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ

<input type="checkbox"/> ОЭМП	<input type="text"/>	ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ОЭМП	ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ ГЕМОДИАЛИЗ:  <input type="text"/> КОЛИЧЕСТВО СЕАНСОВ	ИСХОД ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: <input type="checkbox"/> ВЫПИСАН <input type="checkbox"/> УМЕР <input type="checkbox"/> ПЕРЕВЕДЕН В ДРУГОЙ СТАЦИОНАР <input type="checkbox"/> САМОВОЛЬНЫЙ УХОД <input type="checkbox"/> ОТКАЗ ОТ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ	
<input type="checkbox"/> ОКП	<input type="text"/>	ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ОКП			
<input type="checkbox"/>	НАХОДИЛСЯ В ОРИТ/ ПИТ	<input type="text"/> ДНЕЙ	<input type="text"/> ЧАСОВ		

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

КОД НАПРАВЛИВШЕЙ ОЗ  НАИМЕНОВАНИЕ НАПРАВЛИВШЕЙ ОЗ \_\_\_\_\_

КОД ПО МКБ-10	ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ
<input type="text"/>	_____

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

АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ:		УЛИЦА	
<input type="text"/>	ОБЛАСТЬ	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	РАЙОН	<input type="text"/> ДОМ	<input type="text"/> КВАРТИРА
<input type="text"/>	НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ	<input type="checkbox"/> ГОРОД	

<input type="text"/>	КОД СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И ЗАСТРАХОВАННОСТИ ПО ОМС	<input type="text"/>	№ И НАЗВАНИЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	НЕТ ДОКУМЕНТОВ
<input type="text"/>	КОД ЛЬГОТНОЙ КАТЕГОРИИ ПО СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ	<input type="text"/>	№ И НАЗВАНИЕ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПРАВО НА ЛЬГОТЫ
<input type="text"/>	КОД ЛЬГОТНОЙ КАТЕГОРИИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ	<input type="text"/>	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
СООПЛАТА СУММА (СОМ)	НОМЕР ТАЛОНА	ДАТА СООПЛАТЫ	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
<input type="checkbox"/> БЫТОВАЯ	<input type="checkbox"/> ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНАЯ	<input type="checkbox"/> ШКОЛЬНАЯ	<input type="checkbox"/> ПРОЧАЯ

ПРИ ПОПЫТКЕ СУИЦИДА – КОД МКБ-10 ХАРАКТЕРА САМОПОВРЕЖДЕНИЯ (X60-X84)

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

				ДИАГНОЗ ОСНОВНОЙ _____
КОД МКБ-10				

				ОСЛОЖНЕНИЕ № 1 _____
КОД МКБ-10				

				ОСЛОЖНЕНИЕ № 2 _____
КОД МКБ-10				

				ДИАГНОЗ СОПУТСТВУЮЩИЙ №1 _____
КОД МКБ-10				

				ДИАГНОЗ СОПУТСТВУЮЩИЙ №2 _____
КОД МКБ-10				

**В СЛУЧАЕ СМЕРТИ:**

ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ: \_\_\_\_\_

				_____
КОД МКБ-10				

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ / МАНИПУЛЯЦИИ:**

ОСНОВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ:

	КОД	ДАТА И ВРЕМЯ НАЧАЛА ОПЕРАЦИИ	АНЕСТЕЗИЯ*
_____			
ДРУГИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ / МАНИПУЛЯЦИИ:			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			

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

НАЛИЧИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ  
 В ТОМ ЧИСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА  
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ (ТОЛЬКО ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ)

**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 КОДОВ МКБ-10 ПО COVID19 U07.1, U07.2**

- РЕЗУЛЬТАТ ПЦР-ТЕСТА НА COVID19**
- ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ     ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ
- \_\_\_\_\_
- ДАТА ОБСЛЕДОВАНИЯ

**ПАЦИЕНТ НАХОДИЛСЯ НА**

- ОКСИГЕНО-ТЕРАПИИ    \_\_\_\_\_ ДНЕЙ    \_\_\_\_\_ ЧАСОВ
- НЕИНВАЗИВНОЙ ИВЛ (CPAP/ BiPAP)    \_\_\_\_\_ ДНЕЙ    \_\_\_\_\_ ЧАСОВ
- ИНВАЗИВНОЙ ИВЛ    \_\_\_\_\_ ДНЕЙ    \_\_\_\_\_ ЧАСОВ

**ДЛЯ РОДОВ**

- ВЕДЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ  
ВРАЧОМ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГОМ
- ВЕДЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ  
ВРАЧОМ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГОМ
- ВЕДЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ  
АКУШЕРКОЙ
- РОДЫ, ПРИНЯТЫЕ ДРУГИМ СПЕЦИАЛИСТОМ

**СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ COVID19**

- СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ
- ТЯЖЕЛАЯ
- КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ
- РОДЫ БЕЗ УЧАСТИЯ МЕД.ПЕРСОНАЛА

**ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО**

- МАССА ТЕЛА    \_\_\_\_\_
- ПРИ РОЖДЕНИИ    \_\_\_\_\_ 500 - 999 ГР.
- \_\_\_\_\_ 1000 - 1499 ГР.
- \_\_\_\_\_ 1500 - 2499 ГР.
- \_\_\_\_\_ 2500 ГР. И БОЛЕЕ

ПОДПИСЬ И ПЕЧАТЬ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

КОД ВРАЧА

ПОДПИСЬ ЗАВ. ОТДЕЛЕНИЕМ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

КОД ВРАЧА