

наименование учреждения

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА  
ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ,  
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ БОЛЬНИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ,  
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ  
УЧРЕЖДЕНИИ, СТАЦИОНАРА НА ДОМУ**

N медицинской карты \_\_\_\_\_

1. Код пациента: <\*> \_\_\_\_\_ 2. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_  
3. Пол: муж. - 1; жен. - 2 \_\_\_\_\_ 4. Дата рождения \_\_. \_\_. \_\_\_\_  
5. Документ, удостов. личность: название, серия, номер \_\_\_\_\_  
6. Адрес: регистрация по месту жительства \_\_\_\_\_  
7. Код территории проживания: \_\_\_\_ Житель: город - 1; село - 2.  
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 \_\_\_\_\_ N 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.  
19. Травма: - производственная: промышленная - 1; транспортная - 2, в т.ч. ДТП - 3;  
с/хоз - 4; прочие - 5; - непроизводственная: 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 \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_.  
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;  
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,  
установленным Минздравом России.

26. Движение пациента по отделениям:

N	Код отделения	Профиль коек	Код врача	Дата поступления	Дата выписки, перевода <***>	Код диагноза по МКБ	Код медицинского стандарта <*>	Код прерванного случая <***>	Вид оплаты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

-----

<\*> Проставляется в случае утверждения в субъекте Российской Федерации в установленном порядке.

<\*\*\*> Заполняется при использовании в системе оплаты.

<\*\*\*> При выписке, переводе из отделения реанимации указать время пребывания в часах.

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		энд.	лазер	криог.	
1	2	3	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	Сопутствующее заболевание	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 \_\_\_\_\_