KARTA STATYSTYCZNA SZPITALNA OGÓLNA MZ/Szp-11

Pieczątka jednostki organizacyjnej	Dane pacjenta		
	Dane wewnętrzne	Imię .... Nazwisko	nie umieszczać w sprawozdaniu elektronicznym

Odciąć przed wysłaniem

Części systemu resortowych kodów		Płeć
Regon (I)		1. ☐ męska 2. ☐ żeńska 3. ☐ nieokreślona
Kod indent. jedn. org. (V)		Gmina stałego zam. .....
Kod położenia jednostki organizacyjnej - TERYT)		Kod gminy - TERYT
Księga Główna	rok / numer	Numer w Księdze Głównej: numer / dziecko
Data wystawienia **skierowania**	rok / m-c / dzień	Data urodzenia: rok / m-c / dzień
Data wpisu do księgi oczekujących	rok / m-c / dzień	Kod płatnika
Data **przyjęcia** do szpitala	rok / m-c / dzień	Tryb wypisu (zakreślić właściwą kratkę)
Data **wypisu** ze szpitala (zgonu)	rok / m-c / dzień	1. ☐ Przyjęcie planowe 2. ☐ Przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem z pomocy doraźnej 3. ☐ Przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż z pomocy doraźnej 4. ☐ Przyjęcie w trybie nagłym bez skierowania

Pobyty na poszczególnych oddziałach proszę wypełniać na oddzielnych arkuszach

Proszę wypełnić przy wypisie ze szpitala

Tryb wypisu (zakreślić właściwą kratkę)	W przypadku zgonu podać przyczyny zgonu według karty zgonu
1. ☐ Zakończenie procesu terapeutycznego, diagnostycznego	Bezpośrednia .
2. ☐ Skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	Wtórna .
3. ☐ Skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej	Wyjściowa .
4. ☐ Skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej	
5. ☐ Skierowanie do dalszego leczenia - inne przypadki	
6. ☐ Wypisanie na własne żadanie	
9. ☐ Zgon	

Lekarz odpowiedzialny za wypełnienie karty

..... pieczątka

..... podpis

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 **MED 036 N**

UWAGA!
Jeżeli pacjent jest leczony na kilku oddziałach poniższe informacje wpisuje się osobno dla każdego pobytu na oddziale.
Przebywał na oddziale

Nazwa: .....

Kod (VII) (VIII)

Data przyjęcia na oddział rok m-c dzień

Data wypisu z oddziału rok m-c dzień

Choroba zasadnicza według rozpoznania klinicznego*	Choroby współistniejące*
(przyczyna) .	.
V - Y .	.
** .	.
Zabiegi operacyjne i procedury*	
.	.
.	.
.	.

Lekarz odpowiedzialny za wypełnienie karty

pieczątka

podpis

* Wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - Rewizja dziesiąta

** Kod dodatkowy stosowany zgodnie z Klasyfikacją

*** Wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych II edycji