

KARTA STATYSTYCZNA SZPITALNA OGÓLNA MZ/Szp - 11

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

Pobyt na poszczególnych oddziałach proszę wypełniać na oddzielnych arkuszach

Proszę wypełnić przy wypisie ze szpitala		
Tryb wypisu (zakreśl właściwą kratkę)		W przypadkach zgonu podać przyczynę wg karty zgonu
1. ☐	Zakończenie procesu terapeutycznego diagnostycznego	Bezpośrednia
2. ☐	Skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	
3. ☐	Skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej	Wtórna
4. ☐	Skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej	
5. ☐	Skierowanie do dalszego leczenia - inne przypadki	Wyjściowa
6. ☐	Wypisanie na własne żądanie	
9. ☐	Zgon	

Lekarz odpowiedzialny za wypełnienie karty
Pieczęć

Podpis

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

Przebywał na oddziale

Nazwa: *Oddział chorób wewnętrznych*
o profilu kardiologicznym

Data przyjęcia na oddział

rok				mies.		dzień	

Kod

--	--	--

(VII)

--	--	--	--

(VIII)

Data wypisu z oddziału

rok				mies.		dzień	

Choroba zasadnicza według rozpoznania klinicznego* (przyczyna) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> V-Y <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> ** <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>																																																				Choroby współwystępujące* <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>																																																			
Zabiegi operacyjne i procedury*** <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>																																																				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>																																																			

Lekarz odpowiedzialny za wypełnienie karty
 Pieczęć

Podpis

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

** Kod dodatkowy stosowany zgodnie z Klasyfikacją

*** Wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych II edycji