

_____ (наименование организации здравоохранения)

Статистическая карта выбывшего из стационара №

1. ФИО _____ неидентифицирован

2. Личный номер _____ без паспорта

3. Дата рождения __/__/____ 4. Пол: мужской
женский 5. Житель: города
села

6. Адрес регистрации _____

7. Обслуживающая амбулаторно-поликлиническая ОЗ _____

8. Инвалид или ветеран войн ; инвалид ВС ; воин-интернационалист ;
пострадавший(ая) от катастрофы на ЧАЭС ; ребенок-инвалид до 18 лет ;
другое (указать) _____

9. Кем направлен _____

10. Диагноз направившей ОЗ _____

11. Доставлен по экстренным показаниям
после начала заболевания (получения травмы): в первые 6 ч. ; через 7–24 ч. ; позднее 24-х ч.

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: первично , повторно

13. Движение больного в стационаре (включая приемное отделение):

Отделение	Профиль коек	Дата, время поступления	Дата, время перевода	Дата, время выписки	Дата, время смерти
1	2	3	4	5	6

14. Проведено койко-дней по стационару: _____

15. Исход госпитализации: выписан
переведен _____ умер

16. Обследование на RW «__» _____ 20__ г., результат _____

17. Обследование на ВИЧ-инфекцию «__» _____ 20__ г., результат _____

18. Диагноз стационара

18.1. клинический заключительный

основной _____

 осложнения _____

 сопутствующие заболевания _____

Код по МКБ - 10

18.2. патологоанатомический

основной _____

 осложнения _____

 сопутствующие заболевания _____

Код по МКБ -10

19. Хирургические операции

Дата, время начала и окончания	Отделение	Операция		ФИО оперирующего хирурга	Осложнения	Вид анестезии
		название	основная			
1	2	3	4	5	6	7

20. Диагностические высокотехнологические исследования

Дата, время	Отделение	Название исследования	ФИО врача	Осложнения
1	2	3	4	5

Лечащий врач _____
 подпись

_____ инициалы, фамилия

Заведующий отделением _____
 подпись

_____ инициалы, фамилия

Дата «___» _____ 20 ___ г

ИНСТРУКЦИЯ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 066/У-07
"СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА"

"Статистическая карта выбывшего из стационара" (далее Карта выбывшего) является статистическим учетным документом, содержащим сведения о пациенте, выбывшем из стационара. Заполняется на всех выбывших из стационара, в том числе родильниц. Она заполняется также на выбывших новорожденных, родившихся больными или заболевших в стационаре.

Номер Карты выбывшего, пункты 1-12 и первая строка п. 13 (ст. 1, 3, 4) заполняются при поступлении пациента (роженицы) в приемный покой стационара, родильного дома. Врач приемного отделения стационара (родильного дома), осуществляет контроль за правильным и своевременным заполнением выше указанных пунктов Карты выбывшего. Строки, начиная со 2-ой п.13, заполняются в каждом отделении при оформлении движения больного внутри стационара и его убытия.

Пункты 14 – 18.1 заполняются лечащим врачом при выписке пациента.

Строки пунктов 19 и 20 заполняются врачами соответствующих отделений.

Разделы пункта 18.2 "Диагноз стационара патологоанатомический" заполняются в патологоанатомическом отделении.

На заведующих отделением возлагается контроль за правильностью заполнения пунктов Карты выбывшего.

Врач кабинета медицинской статистики (или лицо, на которое возложена функция контроля кодирования диагнозов) контролирует правильность кодирования диагнозов (при необходимости кодирует диагнозы).

Кодирование диагнозов стационара (дневного стационара проводится по "Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем" десятого пересмотра (МКБ-10).

Порядок заполнения Карты выбывшего.

В заголовке Карты выбывшего фиксируется номер медицинской карты стационарного больного (ф. N 003/у).

Пункт 1. **Ф.И.О.** Фамилия, имя, отчество записываются без сокращений на основании документа, удостоверяющего личность. При отсутствии документа - по устному заявлению пациента, а при отсутствии контакта с пациентом - вносится "неидентифицирован". При заполнении Карты выбывшего на новорожденного (родившегося больным или заболевшего в стационаре) заносится фамилия, имя, отчество матери.

Пункт 2. **Личный номер.** Фиксируется на основании данных паспорта личный номер, при отсутствии документа - проставляется отметка рядом с фразой "без паспорта".

Пункт 3. **Дата рождения.** Указывается дата рождения пациента в формате: число, месяц, год (год рождения - полностью). Например, запись даты рождения "5 января 2003 года" должна иметь вид 05.01.2003.

Пункт 4. **Пол.** Пол пациента отмечается галочкой в соответствующей позиции: мужской, женский.

Пункт 5. **Житель.** Признак "житель города", "житель села" проставляется в соответствующей позиции (в соответствии с административным делением). Житель поселка городского типа классифицируется как житель города.

Пункт 6. **Адрес регистрации.** Указывается адрес места жительства/места пребывания по данным паспорта: государство, административный округ, населенный пункт (город, деревня, село и т.д.), улица, дом, корпус, квартира.

Пункт 7. **Обслуживающая амбулаторно-поликлиническая ОЗ.** Указывается наименование, номер организации здравоохранения, обслуживающей пациента по месту регистрации.

Пункт 8. Отмечается соответствующая позиция для пациентов, имеющих категорию льготности. Если пациент имеет категорию льготности, не указанную в Карте выбывшего, то отмечается позиция "другое" с последующим описанием.

Пункт 9. **Кем направлен.** Заносится наименование организации здравоохранения, направившего пациента или канал госпитализации (например, "скорая помощь", "самостоятельное обращение" и т.д.).

Пункт 10. **Диагноз направившей ОЗ.** Заносится наименование диагноза направившей организации здравоохранения.

Пункт 11. **Доставлен по экстренным показаниям.** На основании решения врача приемного отделения проставляется признак рядом с соответствующей фразой и отмечается время, прошедшее от начала заболевания (травмы) со слов больного. При отсутствии проставленного признака госпитализация оценивается как плановая.

Пункт 12. **Госпитализирован по поводу данного заболевания.** Отмечается соответствующая позиция: "первично", "повторно" на основании устного заявления пациента о первичном либо повторном поступлении в данное лечебное учреждение по данному заболеванию в текущем году.

Пункт 13. **Движение больного в стационаре.** В столбцах 1-4 фиксируется движение пациента по отделениям (включая приемное отделение) с указанием наименования отделения, профиля коек (кроме приемного отделения), дат и времени поступления, убытия для каждого отделения. В столбце 5 записывается дата и время окончания госпитализации в строке, соответствующей отделению выписки пациента. Дата и время смерти регистрируется в столбце 6 в строке с наименованием отделения, где наступил летальный исход.

Пример заполнения п.13.

Отделение	Профиль коек	Дата и время поступления	Дата и время перевода	Дата выписки	Дата смерти
Приемное отделение		12.09.2007 14.30	12.09.2007 14.40		
Отделение №1	реанимационный	12.09.2007 14.45	14.09.2007 10.00		
Отделение №2	терапевтический	14.09.2007 10.15		21.09.2007 12.00	

Пункт 14. **Проведено койко-дней по стационару.** Записывается количество койко-дней, проведенных в стационаре (в круглосуточном стационаре день поступления и день выписки считать за один койко-день для всех отделений). При совпадении дат поступления и выписки количество койко-дней считать равным 1.

Пункт 15. **Исход госпитализации.** Исход госпитализации отмечается в соответствующей позиции. Выбор "переведен" следует делать при переводе больного на долечивание в другую организацию здравоохранения, наименование которой необходимо указать.

Пункт 16, 17. **Обследование на сифилис, ВИЧ-инфекцию.** Заполняются при наличии обследования на сифилис, ВИЧ-инфекцию: отмечаются в соответствующих позициях дата проведения и результат обследования.

Пункт 18. **Диагноз стационара.** Записывается клинический заключительный диагноз заболевания в последовательности: "Основное, осложнение основного, сопутствующие заболевания", и соответствующие им коды МКБ-10. При наличии бикаузального или мультикаузального диагноза в рубрике "основной" кодируется одна нозологическая единица - основное заболевание, которое идет в статистическую разработку. Осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания кодируются при использовании их в статистическом анализе. В случае смерти пациента и проведении аутопсийного исследования, записывается патологоанатомический диагноз в последовательности: "основное, осложнение, сопутствующие".

Пункт 19. **Хирургические операции.** Заполняется при проведении оперативного вмешательства. Записываются: ст.1-дата, время начала и окончания операции; ст. 2 -наименование отделения, к которому относится операция; ст.3 – наименование операции. ст. 4 – в случае летального исхода оперированного пациента при наличии нескольких операций одна из операций обязательно отмечается признаком "основная операция". Выделенная в качестве "основной" данная операция будет использована для статистической разработки при оценке умерших оперированных в стационаре. Далее в столбцы 5-7 вносятся, соответственно, сведения об оперирующем хирурге (фамилия и инициалы), осложнениях, связанных с оперативным лечением, и виде обезболивания в процессе операции.

Пункт 20. **Диагностические высокотехнологические исследования.** Заполняется при проведении исследований, отнесенных к высокотехнологическим. Записываются: ст.1-дата и время начала исследования; ст. 2 -наименование отделения, где было выполнено исследование; ст.3 – наименование исследования; ст. 4 – фамилия и инициалы врача-диагноста; ст. 5 – осложнения, возникшие в процессе исследования.

Заполненная Карта выбывшего подписывается лечащим врачом и заведующим отделением, из которого выписывается больной. Заносится дата оформления Карты выбывшего.

При наличии в стационаре электронно- вычислительной техники и соответствующего программного продукта, Карта выбывшего может заполняться автоматизировано. При формировании печатной версии электронной Карты выбывшего в пунктах, предполагающих выбор, представляется конкретный вариант, относящийся к данному больному.