

Лечебно заведение

Адрес \_\_\_\_\_

Област \_\_\_\_\_

**СТАТИСТИЧЕСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ  
Формуляр "З" – 15а**

Утвърден от Министерството на здравеопазването.

Съставя се от лечебните заведения и се представя до 20-то число на месеца след отчетното тримесечие в РЗИ. Последният съставя обобщен отчет за областта и го изпраща до 25-то число в НЦОЗА.

**С В Е Д Е Н И Е**

**за случаите на остра мозъчносъдова болест**

през ..... тримесечие на 201 ..... година

(Брой)

	шифър	общо	от тях:						направена фибринолиза	направена ангиопластика или хирургична интервенция
			мъже			жени				
			от тях на възраст:			от тях на възраст:				
			под 35 г.	35 до 55 г.	над 55 г.	под 35 г.	35 до 55 г.	над 55 г.		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Хоспитализирани – всичко	01									
– от тях в интензивно отделение/сектор	02									
Умрели от общия брой хоспитализирани	03									
– от тях в интензивно отделение/сектор	04									
Отказали хоспитализация	05								×	×
– от тях умрели	06								×	×
Хоспитализирани и оставени в дома	07									
– от тях с диагноза: субарахноидален кръвоизлив - I60	08								×	
вътремозъчен кръвоизлив - I61	09								×	
друг нетравматичен вътремозъчен кръвоизлив - I62	10								×	
мозъчен инфаркт - I63	11									
инсулт, неуточнен като кръвоизлив или инфаркт - I64	12								×	×

Дата: .....

Директор / Управител: .....  
(подпис, печат)

Директор на РЗИ: .....  
(подпис, печат)