

<div>Лечебно заведение</div> <div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение</div> <div>гр.</div>		<div>КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ:</div> <div>ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:</div> <div>Име и фамилия на лекаря/<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина</div>		<div>СТАЯ №</div> <div>ЛЕГЛО №</div>	
ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО №/.....		НРН №			
ВАЖНО! Алергичен към:				КРЪВНА ГРУПА Rh	
ПАЦИЕНТ		<div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>РЗОК No. здравен район ЕГН/ЛНЧ/СНН на пациента</div> <div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div> <div>Идентификационен номер код на държава</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Дата на раждане Възраст</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Г / М / Д. Пол М/Ж Семейно положение</div>			
Име		Гражданство			
Постоянен адрес: гр. (с)		обл.			
ул.		№ ж.к. бл. вх. ап. тел.			
Образование		Месторабота			
Лице за контакт		Професия (длъжност)			
Адрес на близките:		тел. Връзка с пациента			
Родител/настойник, 1.		2.			
НАСОЧЕН ОТ		<div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 – спешна помощ; 5 ЦКВЗ, 6 КОЦ; 7 лекар по дентална медицина</div> <div>РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение</div> <div>име на лечебното заведение</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Код специалност</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>УИН на заместващия (нетия) лекар/ЛПК на денталния лекар</div>			
Първи преглед: <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>ден месец година</div>		планов прием: <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>ден месец година</div>		№. листа за планов прием	
ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ					
Приет <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>ден месец година час минути</div>		Вид прием <div><div></div><div></div></div> <div>спешен планов</div>		по КП № <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> по АПр № <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
Степен на тежест на състоянието <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>до 6 часа от 6 до 24 часа след 24 часа бюджет НЗОК ЗЗД пациент</div> <div>постъпване от началото на заболяването за спешните случаи източник на финансиране</div>			
деца под 1 г. <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>при прием тегло при прием (грама)</div>					
ДИАГНОЗА					
Изпращащо заведение		МКБ 10 <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			
Приемен кабинет		МКБ 10 <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			
Хистология		МКБ 10 <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			
Зав. клиника/отделение: <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		Стадий TNM			
/име фамилия, подпис/		УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина			

Номер:/....., Пациент:, Роден/а на, Пол:

ИЗПИСАН НА:

	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Прележани леглодни: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>							
	дата на прием		час на прием		дата и час на изписване / превеждане / починал								
1. изписан	<input type="checkbox"/>	оздравял	<input type="checkbox"/>	с подобрене	<input type="checkbox"/>	без промяна	<input type="checkbox"/>	с влошаване					
Статус: <input type="checkbox"/> 2. преведен в болница РЗИ	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				Диагноза за превеждане:	МКБ 10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>							
3. починал	<input type="checkbox"/>	аутопсиран	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	ден	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	месец	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	година	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	час	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	минути	МКБ 10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
												причина за смъртта:	

☐ възстановена
 ☐ трайно намалена:
 ☐ насочен към ТЕЛК
☐ временна неработоспособност – отпуск

по КП № . по АПР № .

[illegible]

.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
.....	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
Хист. результат:	КСМП	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

No	Дата	Описание	TNM	Стадий
----------	------------	----------------	-----------	--------------

Лекуващ лекар: _____

/име фамилия, подпис/ _____

УИ на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицинска специалност _____

История на заболяване, част III - Анамнеза

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

АНАМНЕЗА

Настоящи оплаквания:

Проведени изследвания:

Проведено лечение:

Минали заболявания

Фамилна обремененост

Рискови фактори (професионални, битови, вредни навици – алкохол, тютюнопушене)

--	--	--	--	--	--	--	--

ден месец година час минути

Име на лекаря, снел анамнезата:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар

История на заболяване, част IV – Обективно състояние

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБЕКТИВНО СЪСТОЯНИЕ

1. Общо състояние на пациента (вид, положение, подвижност и други):

a. Дихателна система:

b. Сърдечно-съдова система:

c. Други системи:

2. Специфичен статус (ако е приложим):

3. Допълнителни данни, взети от други документи от предшестващо лечение, прегледи и изследвания:

ден месец година час минути

Име на лекаря, снел статуса:.....

УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар

История на заболяване, част V – Диагностично-лечебен план

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН ПЛАН

1. Диагноза:

2. Диагностичен план:

3. Лечебен план:

--	--	--	--	--	--	--	--

ден месец година час минути

Име на лекар:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар

История на заболяване, част VI – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Кръвна картина														
Дата	СУЕ	Хемоглобин	Еритроцити	Хематокрит	Левкоцити	Диференциална кръвна картина								Морфология
						J	St	Sg	Eo	Ba	Ly	Mo	Pl	
Дата														

Кръв – биохимични изследвания																	
Дата	Кръвна захар	Холестерол	Триглицериди	Урея	Креатинин	Натрий	Калий	Хлориди	Калций	Велтман	Тимолова	Общ белтък	Протеинограма				
													алб.	α ₁	α ₂	β	γ
Дата																	

История на заболяване, част VI – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Урина									
Дата	pH	Специфично тегло	Белтък	Захар	Кетонни тела	Билирубин	Уробилиноген	Седимент	Урокултура
Дата									
Дата									
Дата									
Дата									
Дата									

История на заболяване, част VI – Лабораторни изследвания		
Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:		

ДРУГИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата:		Изследване:				Материал:						
Резултат												
Микроскопски												
Серологичен												
От посявка												
Изолирани микроорганизми												
No	Микроорганизъм	Микробно число				Оценка						
1												
2												
Антибиотична чувствителност												
Антибиотик						1	2	3	4	5	6	7

Дата:		Изследване:				Материал:						
Резултат												
Микроскопски												
Серологичен												
От посявка												
Изолирани микроорганизми												
No	Микроорганизъм	Микробно число				Оценка						
1												
2												
Антибиотична чувствителност												
Антибиотик						1	2	3	4	5	6	7

Дата: _____ № _____		Изследване:				Материал:			
Макроскопски									
Хистологично									
Диагноза									

Дата: _____ № _____		Изследване:				Материал:			
Макроскопски									
Хистологично									
Диагноза									

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

Дата и час	Изследване:	<div></div>	<div></div>
		Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	<div></div>	<div></div>
		Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	<div></div>	<div></div>
		Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	<div></div>	<div></div>
		Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

Дата	№	Процедура:	<input type="checkbox"/>
Взет материал			
.....			
Име на лекаря		УИН на лекаря	
Дата	№	Процедура:	<input type="checkbox"/>
Взет материал			
.....			
Име на лекаря		УИН на лекаря	
Дата	№	Процедура:	<input type="checkbox"/>
Взет материал			
.....			
Име на лекаря		УИН на лекаря	
Дата	№	Процедура:	<input type="checkbox"/>
Взет материал			
.....			
Име на лекаря		УИН на лекаря	
Дата	№	Процедура:	<input type="checkbox"/>
Взет материал			
.....			
Име на лекаря		УИН на лекаря	

История на заболяване, част IX – Декурзус

Номер: / , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:

ДЕКУРЗУС

Декурзус	Лекарствени назначения
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	<input type="text"/> УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	<input type="text"/> УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	<input type="text"/> УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар
Дата и час _____ Консултация:	
Име на лекаря:.....	<input type="text"/> УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	<input type="text"/> УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	<input type="text"/> УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар

ИЗХОД ОТ ЗАБОЛЯВАНЕТО**ПРЕПОРЪКИ**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Лекуващ лекар:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ден	месец	година	час	минути											УИН на лекуващ лекар

УКАЗАНИЯ ЗА ИЗГОТВЯНЕ НА ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО

Медицинският документ "История на заболяване" е съпътстваща лечебно-диагностичния процес документация за всеки пациент, постъпил в лечебно заведение за болнична помощ.

Този документ се изготвя за всеки хоспитализиран пациент, насочен за лечение с направление Бл.МЗ-НЗОК №7, както и за пациентите насочени с направление Бл.МЗ-НЗОК № 8/8А, когато се изисква документиране на диагностиката и лечението в "История на заболяване".

Документът се изготвя въз основа на данните, регистрирани в информационните системи на лечебните заведения и се генерира в окончателен вид в края на хоспитализацията, след изписване на пациента като един електронен документ, който се подписва с електронен подпис от завеждащия на клиниката/отделението. След приключване на хоспитализацията История на заболяване се архивира и съхранява съгласно законоустановения срок.

Полетата в документа не се попълват, когато липсват данни за това.

„Историята на заболяването“ представлява утвърден от МЗ образец, който се състои от няколко части:

Част I

Блок "История на заболяването"

В този блок се посочват:

- Посочва се името на лечебното заведение, в което постъпва пациентът, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Името на отделението, в което се приема пациента, стая №, легло №, както и името на приемащия лекар.
- В полето „История на заболяването №“ се посочва номер от общоболничния журнал на лечебното заведение при постъпване на пациента;
- В полето „Направление НРН №“ се посочва НРН номера № на направление Бл.МЗ-НЗОК №7 или 8А от Националната здравно-информационна система по което се осъществява приема, когато системата има техническа готовност за това;
- В полето „Пациент БИС №“ се посочва уникалният регистрационен номер на пациента в информационната система на лечебното заведение.

Блок "Важно" - вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др.) по данни на пациента, попълва се и кръвната група, след нейното определяне и информация за преболеждане от хепатит.

Блок "Пациент" - Паспортна част

В този блок се посочват:

- № РЗОК и № здравен район по местоживее на пациента – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За работещи и осигуряващи се в България лица без ЕГН (ЛНЧ) се посочва служебен номер, издаден от НАП (СНН). За новородени и чужденците, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца (плюс 40 за новородените), петото и шестото - деня на раждане);
- Номер и дата на лична карта или паспорт, за лицата без ЕНГ/ЛНЧ/СНН;
- Идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване:
 - а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
 - б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СНН);
- Идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- Гражданство;
- Дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;
- Възраст, навършени години, а при деца под една година месеци или дни;
- Пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";
- Семейно положение;
- Име, презиме, фамилия по лична карта/паспорт;
- Постоянен адрес – посочва се адрес на пациента по лична карта/паспорт;
- Телефон за връзка с пациента;
- Образование;
- Месторабота;
- Професия (длъжност);
- Лице за контакт – посочва се лице за контакт;
- Адрес на близките – посочва се адрес на лицето за контакт;
- Родител/настойник – посочват се едно или две лица родители или настойник(ци) на пациента.

Блок "Насочен от"

В този блок се посочват:

- Един от възможните варианти за насочване. Когато пациентът се насочва от "Спешна помощ" се попълва само цифрата "4" в съответното поле, а другите остават празни.;
- Име на лечебното заведение, което насочва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;

- Име, фамилия и УИН на лекар/ЛПК на лекаря по дентална медицина, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“;
- Код на специалност се посочва само за лекар-специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности на НЗОК или от НАРЕДБА № 1 ОТ 22 ЯНУАРИ 2015 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.

Блок “Първи преглед”

В този блок се посочват:

- Дата на първи преглед в болница/МЦ /ДКЦ с разкрити легла;
- Дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планов;
- № от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарната година.

Блок “Постъпил в лечебното заведение”

В този блок се посочват:

- „Приет“ - дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата.
- Вид прием – задължително се посочва дали пациентът се приема спешно или планово;
- При спешен прием се посочва брой часове, изминали от настъпване на спешността до приема в лечебното заведение;
- Номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторните процедури или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура;
- Източник на финансиране за провеждане на лечението;
- Тегло в грамове за деца на възраст под 1 год. при прием;
- Степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, сам да се мие, да се храни, да отива на изследване и манипулации, да включва лампата, радиото, звънеца за повикване и да отива до тоалетната.

II СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да се мие на умивалника или в леглото, да яде и пие. Може да отива на изследвания и манипулации само с придружител. Сам обслужва звънеца за повикване, лампата и радиото и сам търси помощ за ползване на тоалетната.

III СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъснато от помощ при обличане и събличане, при извършване на тоалета и при хранене. Изследванията и манипулациите се извършват само в лежащо положение.

IV СТЕПЕН

В това състояние пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ДЕЦА ОТ 1 ДО 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Деца от една до три годишна възраст без отклонения в общото развитие. Включва къпане, хранене до 4 пъти в денонощие, преповиване до 3 пъти в денонощие или поставяне на гърне/водене до тоалетна, поставяне в легло и приспиване, раздвижване - пасивно и активно. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до два пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 6 пъти в денонощие, преповиване до 6 пъти в денонощие или присъствие при изхождане по нужда, раздвижване или приспиване по обичаен начин. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 4-6 пъти в денонощие. Поддържане на инфузионно лечение до два пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко нарушено състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването/висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотвявания, кървене и при промяна на положението в леглото, пасивното и активно раздвижване поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

В това състояние детето е напълно зависимо, транспортабилно при специални изисквания, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

Поради много тежко нарушено състояние към грижите за трета степен могат да се добавят продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

Кърмачета без отклонения от нормата. Включва къпане, хранене до 5 пъти в денонощие, преповиване до 5 пъти в денонощие, обръщане в леглото до 5 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 3 пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 8 пъти в денонощие, преповиване до 8 пъти в денонощие, обръщане в леглото 8-10 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 6 пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването, висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

Към грижите за трета степен поради много тежко състояние се добавят: отглеждане в кувьоз на недоносени под 2500 грама, необходимост от продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

Блок “Диагноза”

В този блок се посочват диагнозите:

- „Изпращащо заведение“ – наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за лечение (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако пациентът има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Приеман кабинет – наименование на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такова при постъпване в лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- TNM стадий на тумор при постъпване в лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен преди постъпване в лечебното заведение).

Част II

Напуснал лечебното заведение

Блок “Изписан на”

- Дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата;
- Дата и час на изписване/превеждане/починал;
- Посочват се и пролежаните леглодни в лечебното заведение;
- „Статус“ – задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан – отбелязва се с “1”;
 - преведен - отбелязва се с “2”. В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
 - починал - отбелязва се с “3”; в полето “Причина за смъртта” се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията.
- „Състояние“ – посочва се състоянието при изписване – здрав; с подобрение; без промяна; с влошаване.

Блок “Работоспособност”

В блок се вписват данни за издаден болничен лист и за лица подлежащи на експертиза по реда „Наредба за медицинската скпертиза“ с изключение на децата до 16г.:

- Възстановена;
- Временна неработоспособност – когато се издава болничен лист се вписва номера му, както и дните до постъпването и общия брой дни на болничния лист при изписването;
- Трайно намалена;
- Насочен към ТЕЛК.

Блок “Проведено лечение”

В този блок се посочва:

- Код на КП/АПр, по която е проведено лечението, когато то се финансира от НЗОК;
- Основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кодът по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10. При отчитане на клиничните пътеки/амбулаторните процедури, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два кода за основна диагноза се кодират диагнозите така, както са посочени в съответния алгоритъм;
- Придружаващи заболявания и усложнения – посочват се кодове на заболявания съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ10;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такова при изписване от лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за

въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);

- Диагностична/терапевтична или оперативна процедура - код по КСМП - колкото реда са необходими;
- Хистологичен резултат (ако има направен по време на хоспитализацията) – описва се с думи хистологичния резултат, а с код по КСМП се отразяват начина на изследване, посочва се номера и датата;
- TNM стадий на тумор, определени при изписване от лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен по време на хоспитализацията).

Част III

Анамнеза

- Анамнезата се вписва в свободен текст;
- Посочва се от кого е снета анамнезата – от пациента, от близки на пациента, други;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снет анамнезата;

Част IV

Обективно състояние

Вписва се в свободен текст:

1. Общо състояние на пациента (вид, положение, подвижност и други):
 - a. Дихателна система;
 - b. Сърдечно-съдова система;
 - c. Други системи.
2. Специфичен статус;
3. Допълнителни данни, взети от други документи от предшестващо лечение, прегледи и изследвания.
 - Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря снет статуса.

Част V

Диагностично-лечебен план:

Вписва се в свободен текст:

- Диагноза;
- Диагностичен план;
- Лечебен план;
- Посочва се дата и час на определяне, УИН код и име на лекуващия лекар съставил диагностично-лечебния план.

Част VI

Лабораторни изследвания

Съдържа резултати от направените лабораторни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от лабораторни изследвания.

Част VII

Образни изследвания

Съдържа резултати от извършени образни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от образни изследвания.

Част VIII

Протоколи за извършени процедури

В тази част се вписват всички оперативни протоколи, както и протоколи от извършени инвазивни/ интервенционални/ ендоскопски процедури.

Част IX

Декурзус

- Декурзус - в полето се вписват бележки според необходимостта за хода на болестта, грижите за болния, назначения или друго в свободен текст;
- Лекарствени назначения - провеждано лекарствено лечение, като се номерира последователно и е с дата на изписване на лекарственото средство. Сигнатурата се означава в температурния лист;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снет декурзуса.

Консултация

- Консултация – в полето се маркира с надпис „Консултация“ и се описва в свободен текст консултацията;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на консултанта.

Изход от заболяването и препоръки

- Изход от заболяването – описва се в свободен текст след последния декурзус;
- Препоръки – описва се в свободен текст след последния декурзус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекуващия лекар, изготвил описанието на изхода от заболяването и препоръките.

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на заболяването“ и са неотделима част от самото ИЗ.