

Formularz Mz/Szp-11B
KARTA STATYSTYCZNA PSYCHIATRYCZNA

1. Podmiot leczniczy 3. Nazwisko

--	--

 Imię

--	--

2. Symbol placówki nadany przez IPiN

--

 4. Płeć

--

5. Data urodzenia	rok	miesiąc	dzień	13. Skierowany(a) przez	
6. Miejsce stałego zamieszkania <small>(miejscowość)</small>				14. Tryb przyjęcia	
				15. Wykształcenie	
				16. Z kim mieszka	
				17. Stopień niepełnosprawności	
7. Podstawa płatności				18. Wypisany jako	
8. Po raz który w życiu przyjęty(a) do placówki				19. Wypisany dokąd	
9. Przyjęty(a) pierwszy raz do placówki.				20. Obserwacja sądowo-psychiatryczna	
10. Czas od ostatniego wypisu z oddz. psych.					art. kk / kc
11. Stan cywilny					wniosek
12. Źródło utrzymania					

21. Choroba zasadnicza	Nr statyst.
22. Choroba współistniejąca	

23. Zachowania samobójcze

Próba samobójcza w ciągu ostatnich 12 miesięcy (tak/nie)	
Czy hospitalizacja była bezpośrednio związana z próbą samobójczą (tak/nie)	

24. Wyjściowa przyczyna zgonu wg rozpoznania klinicznego	Nr statyst.
25. Przyczyna zgonu wg wyniku sekcji	

26. Początek obecnego pobytu w tutejszej placówce (podaj rzeczywistą datę przyjęcia do tutejszej placówki).....

27. Komórki organizacyjne (np. oddziały szpitalne) , w których przebywał pacjent w trakcie danej hospitalizacji w placówce w roku sprawozdawczym

Oddział	Kod oddziału	Data przyjęcia			Data przeniesienia – wypisu		
		rok	miesiąc	dzień	rok	miesiąc	dzień

28. Czy w trakcie hospitalizacji stosowano terapię elektrowstrząsami? (tak/nie).....

.....
Data
Podpis kierownika komórki dokumentacji chorych

Karta zawiera informacje o pacjentach:

- 1) szpitali (szpitali psychiatrycznych, oddziałów psychiatrycznych);
- 2) innych niż szpitali zakładów, w których są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne z zakresu psychiatrii (oddziałów leczenia odwykowego, rehabilitacji odwykowej, psychiatrycznych zakładów opiekuńczo leczniczych);
- 3) oddziałów dziennych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii
- zwanych w formularzu „placówka”.