

denumirea instituției

**FIȘA STATISTICĂ A PERSOANEI EXTERNATE ȘI DECEDATE DIN STAȚIONAR**

1. ....  
numele, prenumele, patronimicul bolnavului

<p><b>2. Identificarea bolnavului:</b></p> <p>Cetățenia: RM(1) <input type="checkbox"/> Străin(2) <input type="checkbox"/> .....</p> <p style="text-align: center;"><small>țara</small></p> <p><i>Se completează numai pentru bolnavii care dețin număr de identificare (IDNP)</i></p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><small>numărul de identificare (IDNP)</small></p> <p><i>Se completează numai pentru bolnavii străini</i></p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><small>numărul actului de identitate sau pașaportului</small></p>	<p><i>Se completează numai pentru bolnavii cetățeni ai RM, care nu dețin număr de identificare</i></p> <p><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"/></p> <p style="text-align: center;"><small>seria</small>                      <small>numărul certificatului de naștere</small></p> <p><i>Persoane care dețin acte de identitate provizorii în conformitate cu HG RM nr.42 din 17.01.1995</i></p> <p><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"/></p> <p style="text-align: center;"><small>seria</small>                      <small>numărul formularului Nr.9</small></p>
---	--

3. Data nașterii: ziua   luna   anul     , vârsta   zile / luni / ani (de specificat)

4. Locul de trai .....  
municipiul/raionul                                      sectorul/localitatea                                      strada                                      nr.

5. Sexul M(1), F(2)     6. Bolnav asigurat: da (1), nu (2)     7. Asigurător: CNAM (1), altă companie (2)

.....  
specificați denumirea

8. Numărul poliței de asigurare  Valabilă pînă la  
ziua   luna   anul     ora

9. Categoria bolnavului asigurat    
*se completează în cazul cînd Asigurător este CNAM*

10. Data internării: ziua   luna   anul     ora

11. Tipul internării: urgent (1), programat (2)

12. Trimis de: serviciu AMU(1), medic de familie(2), medic specialist-consultant(3), transfer interspitalicesc (4)

....., la cerere (5),  
denumirea instituției care a trimis sau transferat bolnavul

alte (de înscris) (6) .....

13. Internarea peste cîte ore după debutul bolii (traumei): 0-6 ore (1), 7-24 ore (2), peste 24 ore (3)

14. Diagnosticul de trimitere .....

cod diagnostic

15. Spitalizat în anul curent în legătură cu boala în cauză: caz nou(1), repetat(2)

16. Data externării: ziua   luna   anul     ora

17. Tipul externării: externat (1), externat la cerere (2), decedat (3), transfer interspitalicesc (4)

.....  
denumirea instituției în care a fost transferat bolnavul

18. Starea la externare: vindecat (1), ameliorat (2), fără schimbări (3), agravat (4), decedat (5)

19. Deces: gravidă (1), la naștere (2), în cursul spitalizării (fără operație) (3), intraoperator (4), postoperator: (0-23 ore) (5), peste 24-47 ore (6), peste 48 ore (7)

20. Nr. zile spitalizate:    , inclusiv asigurate de către Asigurător:    de la.....pîna la....., contra plată:    de la..... pîna la.....

21. Diagnosticul principal la externare (clinic definitiv).....

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

*cod diagnostic*

22. Diagnostice secundare la externare (complicații/maladii concomitente):

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

*cod diagnostic*

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

*cod diagnostic*

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

*cod diagnostic*

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

*cod diagnostic*

23. Diagnosticul patomorfologic .....

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

*cod diagnostic*

24. În caz de deces (de indicat cauza):

1) Cauza nemijlocită a decesului.....

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

*cod diagnostic*

*boala sau complicațiile bolii de bază*

a).....

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

*cod diagnostic*

*boala, care a provocat sau condiționat cauza nemijlocită a decesului*

b).....

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

*cod diagnostic*

*boala de bază se indică ultima*

2) Alte afecțiuni, care au favorizat decesul.....

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

*cod diagnostic*

*nu sînt legate de afecțiunea sau complicația bolii, dar care au constituit cauza nemijlocită a decesului*

25. Intervenții chirurgicale

Data, ora	Denumirea intervenției chirurgicale	Cod intervenție chirurgicală	Complicații								
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									

**26. Anestezie**

Data, ora	Metoda de anestezie	Complicații

**27. Transfer intraspitalicesc:**

Secția	Data intrării (cu oră)	Data ieșirii (cu oră)	Nr. zile spitalizate

**28. Examinat la RW** ziua  luna  anul  Rezultatul \_\_\_\_\_

.....  
*data, luna, anul*

.....  
*semnătura și parafa medicului*