

444**ROZPORZĄDZENIE PREZESA RADY MINISTRÓW**

z dnia 20 lutego 2003 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2003

Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2003 (Dz. U. Nr 233, poz. 1958) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 13 po pkt 35 dodaje się pkt 36—38 w brzmieniu:

„36) MZ/N-1a — karta zgłoszenia nowotworu złośliwego;

37) MZ/Szp-11 — karta statystyczna szpitalna ogólna;

38) MZ/Szp-11B — karta statystyczna psychiatryczna.”;

2) w załączniku nr 3 do rozporządzenia po wzorze formularza MZ-101 — karta ewidencyjna (aktualizacyjna) urządzenia medycznego dodaje się:

a) wzór formularza MZ/N-1a — karta zgłoszenia nowotworu złośliwego w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia,

b) wzór formularza MZ/Szp-11 — karta statystyczna szpitalna ogólna w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia,

c) wzór formularza MZ/Szp-11B — karta statystyczna psychiatryczna w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668 oraz z 2001 r. Nr 100, poz. 1080.

Prezes Rady Ministrów: *L. Miller*

MZ/Szp-11
KARTA STATYSTYCZNA SZPITALNA OGÓLNA

Pieczęć jednostki organizacyjnej	Dane pacjenta	
	Dane wewnętrzne	Imię Nazwisko.....
		nieumieszczane w sprawozdaniu elektronicznym

Odciać przed wysłaniem

Części systemu resortowych kodów		Płeć	
Regon (I)	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> męska	2. <input type="checkbox"/> żeńska
Kod identyfikacyjny jednostki organizacyjnej (V)	<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"/> <input type="text"/>	3. <input type="checkbox"/> nieokreślona	
Kod położenia jednostki organizacyjnej (TERYT)	<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"/> <input type="text"/>	Gmina stałego zamieszkania.....	
Księga Główna	<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"/> <input type="text"/> rok numer	Kod gminy - TERYT	<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"/> <input type="text"/> numer dziecko
Data wystawienia skierowania	<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"/> <input type="text"/> rok mies. dzień	Data urodzenia	<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"/> <input type="text"/> rok mies. dzień
Data wpisu do księgi oczekujących	<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"/> <input type="text"/> rok mies. dzień	Kod płatnika	<input type="text"/> <input type="text"/>
Data przyjęcia do szpitala	<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"/> <input type="text"/> rok mies. dzień	Tryb przyjęcia (zakreślić właściwą kratkę)	
Data wypisu ze szpitala (zgonu)	<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"/> <input type="text"/> rok mies. dzień	1. <input type="checkbox"/>	Przyjęcie planowe
		2. <input type="checkbox"/>	Przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem z pomocy doraźnej
		3. <input type="checkbox"/>	Przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż z pomocy doraźnej
		4. <input type="checkbox"/>	Przyjęcie w trybie nagłym bez skierowania

Pobyty na poszczególnych oddziałach proszę wypełniać na oddzielnych arkuszach

Proszę wypełnić przy wypisie ze szpitala		W przypadku zgonu podać przyczyny według karty zgonu	
Tryb wypisu (zakreślić właściwą kratkę)		Bezpośrednia	
1	<input type="checkbox"/> Zakończenie procesu terapeutycznego diagnostycznego		
2	<input type="checkbox"/> Skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	<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"/> <input type="text"/>	
3	<input type="checkbox"/> Skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej	Wtórna	
4	<input type="checkbox"/> Skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej		
5	<input type="checkbox"/> Skierowanie do dalszego leczenia - inne przypadki	Wyjściowa	
6	<input type="checkbox"/> Wypisanie na własne żądanie		
9	<input type="checkbox"/> Zgon	<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"/> <input type="text"/>	

Lekarz odpowiedzialny za wypełnienie karty

Pieczęć

Podpis

**Objaśnienia do wypełniania karty statystycznej szpitalnej ogólnej (MZ/Szp-11)
wraz z formatem przekazywania danych**

Uwaga: *W części zatytułowanej „Dane pacjenta” znajdują się informacje przeznaczone wyłącznie na potrzeby wewnętrzne szpitala.*

Punkt – „Części systemu resortowych kodów” – poszczególne (I i V) części systemu resortowych kodów identyfikacyjnych należy wypełniać zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002 r. Nr 223, poz. 1880).

Punkt – „Kod położenia jednostki organizacyjnej” – kod terytorialny położenia jednostki organizacyjnej udzielającej świadczenia.

Punkt – „Księga Główna” – na poziomie tego punktu należy wpisać: rok, którego dotyczy numer pacjenta w Księdze Główniej, i numer Księgi Główniej.

Punkt – „Data wystawienia skierowania” – datę należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień. Brak „daty wystawienia skierowania” może wystąpić tylko w przypadku przyjęcia do szpitala w trybie nagłym bez skierowania.

Punkt – „Data wpisu do księgi oczekujących” – datę należy wpisać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień. Musi być wpisana w przypadku pacjenta zarejestrowanego w księdze oczekujących.

Punkt – „Data przyjęcia do szpitala” – datę należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień.

Punkt – „Data wypisu ze szpitala (zgonu)” – należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień.

Punkt – „Płeć” – płeć osoby hospitalizowanej należy podać przez wpisanie odpowiedniej kategorii.

Punkt – „Numer w Księdze Główniej” – należy wpisać numer pacjenta w Księdze Główniej, nie wykorzystując ostatniej pogrubionej kratki. Na kartach statystycznych dla noworodków należy wpisać numer matki w Księdze Główniej, a w ostatniej pogrubionej kratce cyfrę „1” – dla jednego (pierwszego) noworodka, a cyfrę „2” lub dalszą dla drugiego i kolejnych noworodków, przy ciąży mnogiej.

Punkt – „Kod gminy TERYT” – należy wpisać odpowiedni (siedmiocyfrowy) symbol miejsca zamieszkania w oparciu o aktualny „Wykaz symboli terytorialnych jednostek administracyjnych kraju” opracowany przez GUS.

Punkt – „Data urodzenia” – datę urodzenia należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień.

Punkt – „Kod płatnika” – należy wpisać kod kasy chorych lub innego płatnika.

Punkt – „Tryb przyjęcia” – należy wpisać właściwą kategorię.

Punkt – „Tryb wypisu” – należy wpisać właściwą kategorię.

Punkt – „W przypadku zgonu podać przyczyny według karty zgonu” – w punkcie tym należy wpisać zgodnie z kartą zgonu przyczyny: bezpośrednią, wtórną i wyjściową i podać symbol (kod) jednostki chorobowej według ICD-10.

Punkt – „Przebywał na oddziale” – „Data przyjęcia na oddział” - datę należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień. „Kod” – VII i VIII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania).

„Data wypisu z oddziału” – datę należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień.

Punkt – „Choroba zasadnicza według rozpoznania klinicznego” – w punkcie tym należy wpisać (na górnym poziomie) tę chorobę lub sytuację wpływającą na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia (Rozdział XXI), którą lekarz uznał za główną przyczynę hospitalizacji.

Punkt – „Choroby współistniejące” – w punkcie tym należy wpisać trzy najważniejsze według lekarza choroby, poza główną przyczyną hospitalizacji, które również były przedmiotem postępowania medycznego.

Punkt – „Zabiegi operacyjne i procedury” – w punkcie tym należy wpisać przeprowadzone zabiegi operacyjne lub procedury według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych - drugiej polskiej edycji z aneksem, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999.

Nie należy wpisywać badań laboratoryjnych oraz badań i porad lekarskich, konsultacji (kody 89.00-89.07).

Zgromadzone w formie elektronicznej dane należy przekazywać według następującego formatu przekazywania danych.

Poziom	Znaczniki		Krot-ność	Nazwa	Format [Wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	Atrybuty					
0	mz:komunikat		1	Komunikat		Element główny komunikatu	
		xmlns:mz	1	Przestrzeń nazw		Definiuje przestrzeń nazw (<i>namespace</i>)	Zawiera stałą wartość: http://www.csioz.gov.pl/start/xml
		typ	1	Typ komunikatu	6 znaków (duże litery)	Identyfikuje rodzaj przesyłu oraz decyduje o szczegółach składni	Przyjmuje wartość „SZP11”
		wersja	1	Numer wersji	Do 2 cyfr + kropka + 2 cyfry	Numer wersji komunikatu - może decydować o szczegółach składni	Przyjmuje wartość „1.03”
			0-1	Producent		Element zawierający informacje o producencie oprogramowania, które generuje komunikat	
		nazwa	1	Nazwa producenta	Do 20 znaków	Nazwa producenta i ewentualne inne dane kontaktowe	
		wersja	1	Wersja oprogramowania	Do 10 znaków	Wersja oprogramowania, które wygenerowało przesłany komunikat	
		nr	0-1	Numer seryjny	ciąg znaków	Numer dodatkowo precyzujący oprogramowanie, które wygenerowało komunikat	
1	mz:producent	e-adres	0-1	Adres elektroniczny	Do 40 znaków	Adres elektroniczny, na który można przekazywać informacje związane z problemami dotyczącymi komunikatu	
			1	Dokument		Element obejmujący wszystkie dane dotyczące przekazywanego dokumentu	

id	1	Identyfikator dokumentu	Litera D i numer (do 9 cyfr)	Nadawany przez wysyłającego, unikalny u niego numer dokumentu, pozwalający na jednoznaczną identyfikację dokumentu	Ten sam identyfikator dokumentu obejmuje wszystkie fragmenty sprawozdania określonego poprzez numer i okres, którego dotyczy, w elemencie sprawozdanie. Fragmenty te mogą być przesyłane w odrębnych komunikatach.
nr	1	Numer przesłania	Numer (cyfry) [1]	Kolejny numer przesłania dokumentu o tym samym id	Pierwsze przesłanie dokumentu ze sprawozdaniem lub jego częścią za określony okres powinno mieć numer 1; przesłania o kolejnych numerach zawierają uzupełnienia lub korekty dokonywane przed „zamknięciem” bieżącego sprawozdania.
zakres	0-1	Zakres danych	1 duża litera [C]	Określenie, czy przekazywane dane stanowią nową całość dokumentu, czy jego fragmenty	C – nowa całość dokumentu - należy zastąpić wszystkie dokumenty o mniejszych numerach nr i tym samym id (a więc dotyczących tego samego sprawozdania), całością aktualnego dokumentu; F – fragmenty - przekazane dane są uzupełnieniem lub korektą danych (niezamkniętego sprawozdania), przekazanych w poprzednich dokumentach o tym samym id

2	mz:odbiorca		1	Odbiorca dokumentu		Dane odbiorcy dokumentu	
3	mz:podmiot		1	Dane identyfikacyjne odbiorcy		Dane identyfikujące odbiorcę	
		typ	0-1	Typ symbolu	1 cyfra [0]	Typ symbolu identyfikującego odbiorcę	0 - 9 pierwszych cyfr numeru REGON; 1 - 12 cyfr (9 cyfr REGON + 3 cyfry id komórki organizacyjnej); 2 - 11 cyfr (9 cyfr REGON + 2 cyfry id jednostki organizacyjnej); 9 - inny symbol ustalony między nadawcą a odbiorcą.
		symbol	1	Symbol odbiorcy		Symbol identyfikujący odbiorcę, odpowiedni dla typu symbolu	
2	mz:sprawozdanie		1	Sprawozdanie		Zestaw danych objętych sprawozdaniem	
		symbol	0-1	Symbol sprawozdania	Ciąg znaków	Uzgodniony między nadawcą i odbiorcą symbol sprawozdania	Występuje tylko wtedy, gdy został uzgodniony między stronami.
		korekta	0-1	Wskaźnik korekty	1 duża litera [S]	Wskaźnik informujący, czy jest to sprawozdanie okresowe (S), czy jego korekta (K)	Jeżeli jest to sprawozdanie korygujące, a więc dotyczące „zamkniętego” już sprawozdania okresowego, wskaźnik przyjmuje wartość „K”.
		data	1	Data sprawozdania	RRRR-MM-DD	Data przygotowania tej części sprawozdania	
3	mz:okres		1	Okres sprawozdawczy		Dane definiujące okres, którego dotyczy sprawozdanie	
		typ	0-1	Typ okresu sprawozdawczego	1 duża litera [M]	Kod typu okresu sprawozdawczego, którego dotyczą przesyłane dane	R - rok, K - kwartał, M - miesiąc, P - pół miesiąca
		rok	1	Rok	4 cyfry	Rok, w którym zawarty jest okres sprawozdawczy	

nr	1	Numer okresu	Do 2 cyfr	Numer kolejny okresu w roku (np. dla połówek miesiąca 1-24)	Dla celów kontrolnych
data-od	0-1	Początek okresu sprawozdawczego	RRRR-MM-DD	Data pierwszego dnia okresu sprawozdawczego	Dla celów kontrolnych
data-do	0-1	Koniec okresu sprawozdawczego	RRRR-MM-DD	Data ostatniego dnia okresu sprawozdawczego	Dla celów kontrolnych
mz:komorka-org	0-1	Komórka sprawozdająca		Zestaw danych identyfikujących świadczeniodawcę, którego dotyczy sprawozdanie	Jeżeli zostanie określona, to wszystkie dane sprawozdania dotyczą tego świadczeniodawcy, chyba że w ramach elementu mz:usługa zostanie określona inna mz:komorka-org dla tej usługi.
regon	1	Nr REGON	9 cyfr	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON	
jednostka	0-1	Nr jednostki organizacyjnej	2 cyfry	Numer jednostki organizacyjnej ZOZ-u (część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	Nie musi być określona w tym miejscu – może być sprecyzowana w elemencie mz:usługa.
teryt	0-1	Kod TERYT	7 cyfr	Kod TERYT gminy – miejsca prowadzenia działalności jednostki organizacyjnej	Nie musi być określony w tym miejscu – może być sprecyzowany w elemencie mz:usługa.
nr	0-1	Nr komórki	3 cyfry	Numer komórki organizacyjnej (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	Nie musi być określony w tym miejscu – może być sprecyzowany w elemencie mz:usługa.
typ	0-1	Typ komórki organizacyjnej	4 cyfry	Kod typu specjalności komórki organizacyjnej (część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	Nie musi być określony w tym miejscu – może być sprecyzowany w elemencie mz:usługa.
mz:pozycja	0-n	Pozycja dokumentu		Zestaw danych opisujących pozycję dokumentu	Krotność = 0 ma sens wtedy, gdy jest to zamknięcie sprawozdania bez przekazania dodatkowych danych, a więc tryb w mz:dokument powinien mieć wartość „Z”.

	id	1	Identyfikator pozycji	Litera P i numer (do 9 cyfr)	Unikalny nr pozycji w ramach określonego sprawozdania okresowego, chyba że powiązany z trybem U lub P	Nawet w trybie U lub P nie może się powtarzać w ramach jednego komunikatu, natomiast może - w różnych komunikatach dotyczących tego samego sprawozdania.
	tryb	0-1	Typ przesłania	1 duża litera [D]	Określa - czy przesyłane dane mają być dopisane, usunięte czy poprawione	D - dodanie pozycji; U - usunięcie pozycji; P - poprawienie pozycji dokumentu (zastąpienie poprzedniego zestawu danych o określonym id - nowym)
3	mz:swiadczenie	1	Świadczenie		Zestaw danych charakteryzujących pobyt w szpitalu	
	typ	0-1	Typ świadczenia	1 znak [2]	Kod typu świadczenia	Nie musi wystąpić. Dotyczy zawsze opieki stacjonarnej.
	platnik	0-1	Platnik	2 cyfry	Kod płatnika zgodnie z kartą statystyczną szpitalną	Gdy płatnikiem jest kasa chorych, może nie wystąpić, gdyż kasa jest określona jako mz:ubezpieczenie w elemencie mz:pacjent.
4	mz:zlecenie	0-1	Zlecenie		Zestaw danych charakteryzujących fazę zlecenia świadczenia	
	data	1	Data wystawienia	RRRR-MM-DD	Data wystawienia skierowania	
5	mz:komorka-org	0-1	Komórka organizacyjna		Dane identyfikujące świadczeniodawcę lub jego komórkę organizacyjną, w której zlecono wykonanie świadczenia	
	regon	1	Nr REGON	9 cyfr	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON	
	nr	0-1	Nr komórki	3 cyfry	Nr komórki organizacyjnej	
4	mz:pacjent	1	Pacjent		Zestaw danych związanych z pacjentem, któremu udzielono świadczenia	

5	mz:ubezpieczenie	1	Ubezpieczenie pacjenta				
	kod-kasy	1	Kod kasy chorych	2 cyfry	Identyfikator kasy chorych, w której ubezpieczony jest pacjent		
5	mz:pacjent-stat	1	Dane demograficzne		Zestaw danych o pacjencie dla analiz statystycznych		
	urodz	1	Data urodzenia	RRRR-MM-DD	Data urodzenia pacjenta		
	plec	1	Płeć pacjenta	1 znak	Oznaczenie płci pacjenta		
	teryt	1	Gmina zamieszkania	7 cyfr	Kod TERYT gminy miejsca zamieszkania pacjenta		
4	mz:ksiega	0-1	Dane księgi przyjęć		Numery z księgi przyjęć dotyczące świadczenia		
	rok	1	Rok księgi	4 cyfry	Rok, którego dotyczą numery		
	nr	0-1	Nr księgi	2 cyfry [00]	Nr księgi przyjęć u świadczeniodawcy		
	poz	1	Nr w księdze	Do 5 cyfr	Numer pozycji w księdze przyjęć		
	nr-dziecka	0-1	Nr dziecka	1 cyfra	Nr kolejny urodzonego dziecka (dla bliźniąt)		
4	mz:kolejka	0-1	Dane księgi oczekujących		Dane związane z księgą oczekujących		
	data	1	Data zapisu	RRRR-MM-DD	Data wpisania do księgi oczekujących		
4	mz:przyjecie	0-1	Przyjęcie		Dane dotyczące fazy przyjęcia		
	data	1	Data przyjęcia	RRRR-MM-DD	Data przyjęcia do szpitala	Zgodna z datą rozpoczęcia pierwszego pobytu na oddziale (mz:usluga)	
	tryb	1	Tryb przyjęcia	1 cyfra	Tryb przyjęcia do szpitala		

4	mz:wypis		0-1	Wypis				Dane dotyczące fazy wypisu			
	data		1	Data wypisu	RRRR-MM-DD			Data wypisu ze szpitala		Zgodna z datą zakończenia ostatniego pobytu na oddziale (mz:usługa)	
	tryb		1	Tryb wypisu		1 cyfra		Tryb wypisu ze szpitala			
5	mz:przyczyna-zgonu		0-1	Przyczyny medyczne zgonu				Zestaw przyczyn dotyczących zgonu		Tylko jeżeli nastąpił zgon pacjenta.	
	bezposrednia		1	Bezpośrednia przyczyna zgonu		4 znaki		Kod określający bezpośrednią przyczynę zgonu			
	wtorna		0-1	Wtórna przyczyna zgonu		4 znaki		Kod określający wtórna przyczynę zgonu			
	wyjsciowa		0-1	Wyjściowa przyczyna zgonu		4 znaki		Kod określający wyjściową przyczynę zgonu			
4	mz:usluga		1-n	Usługa				Zestaw danych związanych z pobytem na oddziale			
	data		1	Data rozpoczęcia usługi	RRRR-MM-DD			Data przyjęcia na oddział			
	data-do		1	Data zakończenia usługi	RRRR-MM-DD			Data wypisu z oddziału			
	kod		0-1	Kod rejestrowy		1 cyfra + kropka + do 4 cyfr [1..1]		Kod jednostkowego świadczenia zdrowotnego			
5	mz:komorka-org		0-1	Komórka organizacyjna				Dane szczegółowe identyfikujące świadczeniodawcę		Muszą wystąpić, jeżeli nie określono ich w elemencie mz:sprawozdanie. Mogą wystąpić, jeżeli inne niż określono w elemencie mz:sprawozdanie.	

	kod	1	Kod przyczyny	4 znaki	Kod przyczyny medycznej określonej oprócz przyczyny zasadniczej
5	mz:procedura	0-n	Procedura medyczna		Zestaw danych opisujących procedurę medyczną wykonaną w ramach hospitalizacji
	katalog	0-1	Katalog kodu procedury	2 znaki [09]	Kod katalogu, z którego pochodzi kod procedury medycznej
	kod	1	Kod procedury	do 8 cyfr	Kod wykonanej procedury
	ilosc	0-1	Ilość powtórzeń	liczba [1]	Liczba powtórzeń procedury o określonym kodzie

Objaśnienia:

- 1) RRRR-MM-DD jest formatem daty, w którym pierwsze cztery cyfry oznaczają rok, dwie następne – numer miesiąca w roku, a dwie ostatnie – numer dnia w miesiącu.
- 2) Sposób zapisu danych w strukturze określonej przez powyższe elementy i atrybuty jest zgodny z zasadami języka XML wersja 1.0.

MZ/Szp-11B
KARTA STATYSTYCZNA PSYCHIATRYCZNA

1. Zakład 2. Nr księgi głównej 3. Nazwisko

 imię

..... (symbol zakładu) 4. Płeć

5. Data urodzenia	rok	miesiąc	dzień	13. Skierowany(a) przez	
6. Miejsce stałego zamieszkania	(miejscowość)			14. Tryb przyjęcia	
				15. Wykształcenie	
7. Podstawa płatności				16. Z kim mieszka	
8. Po raz który w życiu przyjęty(a) do szpitala psychiatrycznego.....				17. Stopień niepełnosprawności	
9. Przyjęty(a) 1 raz do szpitala (oddziału) psychiatrycznego				18. Pacjent ubezwłasnowolniony	
10. Czas od ostatniego wypisu z oddziału psychiatrycznego				19. Wypisany jako	
11. Stan cywilny				20. Wypisany dokąd	
12. Źródło utrzymania				21. Obserwacja sądowo-psychiatryczna	art. kk / kc wnioski

22. Choroba zasadnicza	Nr statystyczny
23. Choroba współistniejąca	

24. Zabiegi operacyjne i procedury:

a) Nr statystyczny

b) Nr statystyczny

25. Wyjściowa przyczyna zgonu według rozpoznania klinicznego	Nr statystyczny
26. Przyczyna zgonu według wyniku sekcji	Nr statystyczny

27. Oddziały, w których przebywał pacjent w trakcie obecnej hospitalizacji:

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

.....
 (data)

.....
 (podpis kierownika komórki dokumentacji chorych)