

Лечебно заведение: .....

Адрес: .....

Област: Разград

**СТАТИСТИЧЕСКА ИНФОРМАЦИЯ**  
**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.

**СВЕДЕНИЕ**

за случаите на остра мозъчносъдова болест  
през II тримесечие на 201 6 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	331		9	150		15	157		
– от тях в интензивно отделение/сектор	02	134		3	68		6	57		
Умрели от общия брой хоспитализирани	03	27		1	11		2	13		
– от тях в интензивно отделение/сектор	04	23		1	11		2	9		
Отказали хоспитализация	05								X	X
– от тях умрели	06								X	X
Хоспитализирани и оставени в дома	07	331		9	150		15	157		
– от тях с диагноза: субарахноидален кръвоизлив - I60	08								X	
вътремозъчен кръвоизлив - I61	09	20		2	6		1	11	X	
друг нетравматичен вътремозъчен кръвоизлив - I62	10								X	
мозъчен инфаркт - I63	11	311		7	144		14	146		
инсулт, неуточнен като кръвоизлив или инфаркт - I64	12								X	X

Дата: 07.10.16г.

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

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

