

Лечебно заведение: .....

Адрес: .....

Област: Разград

**СТАТИСТИЧЕСКА ИНФОРМАЦИЯ**  
**Формуляр "3" – 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 всичко тримесечие на 201 7 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	273		12	127		3	131		
– от тях в интензивно отделение/сектор	02	26		1	15			10		
Умрели от общия брой хоспитализирани	03	31		2	10			19		
– от тях в интензивно отделение/сектор	04	12		1	3			8		
Отказали хоспитализация	05								X	X
– от тях умрели	06								X	X
Хоспитализирани и оставени в дома	07	273		12	127		3	131		
– от тях с диагноза:										
субарахноидален кръвоизлив - I60	08								X	
вътремозъчен кръвоизлив - I61	09	26		3	11			12	X	
друг нетравматичен вътремозъчен кръвоизлив - I62	10								X	
мозъчен инфаркт - I63	11	277		9	116		3	119		
инсулт, неуточнен като кръвоизлив или инфаркт - I64	12								X	X

Дата: 07/17

Директор/Управител: [подпис]  
(подпис и печат)

Директор на РЗИ: [подпис]  
(подпис и печат)

