Лечебно заведение: .....

Адрес: .....

.....

Област: .....

СТАТИСТИЧЕСКА ИНФОРМАЦИЯ
Формуляр "З" – 15

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.

С В Е Д Е Н И Е

за случаите на остър инфаркт на миокарда през ..... тримесечие на 202 ..... година

(Брой)

	шифър	общо	от тях:							
			мъже			жени			направена фибринолиза	направена коронарна ангиопластика
			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									
– от тях в интензивна структура	02									
Умрели от общия брой хоспитализирани	03									
– от тях в интензивна структура	04									
Хоспитализирани и нехоспитализирани	05									
– от тях с диагноза: остър трансмурален инфаркт на миокарда на предната стена – I21.0	06									
остър трансмурален инфаркт на миокарда на долната стена – I21.1	07									
остър трансмурален инфаркт на миокарда с други уточнени локализации – I21.2	08									
остър трансмурален инфаркт на миокарда с неуточнена локализация – I21.3	09								X	X
остър субендокарден инфаркт на миокарда – I21.4	10								X	
остър инфаркт на миокарда неуточнен – I21.9	11									
повторен инфаркт на миокарда на предната стена – I22.0	12									
повторен инфаркт на миокарда на долната стена – I22.1	13									
повторен инфаркт на миокарда с друга уточнена локализация – I22.8	14									
повторен инфаркт на миокарда с неуточнена локализация – I22.9	15									

2025

Дата: .....

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

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