

Лечебно заведение: .....

Адрес: .....

Област: .....

**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.

**С В Е Д Е Н И Е**  
**за случаите на остра мозъчносъдова болест**  
**през ..... тримесечие на 202 ..... година**

(Брой)

	шифър	общо	от тях:							направена ангиопластика или хирургична интервенция	
			мъже			жени			направена фибринолиза		
			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: субарахноидален кръвоизлив - I60	06								X		
вътремозъчен кръвоизлив - I61	07								X		
друг нетравматичен вътремозъчен кръвоизлив - I62	08								X		
мозъчен инфаркт - I63	09										
инсулт, неуточнен като кръвоизлив или инфаркт - I64	10								X	X	

2024

Дата: .....

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

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