

**ИЗВЈЕШТАЈ О ХОСПИТАЛИЗАЦИЈИ**

Подаци о пацијенту – DRG  
 Број историје болести: \_\_\_\_\_  
 Пацијент је осигуран:  Да  Не  
 ЈМБ: \_\_\_\_\_  
 Пол:  Мушки;  Женски;  Неутврђен;  X-Непознат  
 Датум и сат пријема: \_\_\_\_\_  
 Вријеме пријема: \_\_\_\_\_  
 (навести из које болнице)  Планирани  Хитни  
 Критеријуми за пријем: \_\_\_\_\_  
 (Навести бројеве свих ставки које важе)

ID упутнице (ИЗИС): \_\_\_\_\_  
 ID хоспитализације: \_\_\_\_\_  
 Одјелјење/Клиника: \_\_\_\_\_  
 Лијечење властитом вољом:  Да  Не  
 Општина становања: \_\_\_\_\_  
 Датум рођења: \_\_\_\_\_  
 Тежина новорођенчета по пријему (gr): \_\_\_\_\_  
 Трансфер: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (навести назив установе у коју се осигураник упућује)

Датум и сат отпуста: \_\_\_\_\_  
 (у случају смрти датум и сат смрти)

Узрок смрти према МКВ10: \_\_\_\_\_

Начин отпуста: 2 Отпуст/премјештај у другу болницу у РС  
 3 Отпуст/премјештај у другу болницу ван РС  
 4 Отпуст/премјештај у болницу за продужено лијечење  
 5 Премјештај унутар болнице на други тип лијечења

6 Лијечење окончано противно савјету доктора  
 8 Смрт  
 9 Остало (Отпуст кући/излијечен/неизлијечен/опорављен)

Планиран поновни пријем:  Да \_\_\_\_\_  Не  
 (за колико дана)

Дневна болница:  Да \_\_\_\_\_  Не  
 (број дана)

Пацијент вођен према клиничком путу:  Да  Не

Број сати континуиране механичке вентилације: \_\_\_\_\_

Број сати на јединици интензивне његе: \_\_\_\_\_

БОД – секундарни дани за наплату: \_\_\_\_\_

Број дана хоспитализације: \_\_\_\_\_

БОД – терцијарни дани за наплату: \_\_\_\_\_

МКВ10 шифра главне дијагнозе: \_\_\_\_\_

БОД – за наплату – УКУПНО: \_\_\_\_\_

**ДОДАТНЕ ДИЈАГНОЗЕ И ОДСТУПАЊА**

СТАЊА ПРИСУТНА НА ПРИЈЕМУ – (КОМОРБИДИТЕТИ)	
СТАЊА НАСТАЛА ЗА ВРИЈЕМЕ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ	
ОСТАЛЕ ДОДАТНЕ ДИЈАГНОЗЕ (МКВ10АМ)	

ПОСЕБНЕ ПРОЦЕДУРЕ за вријеме хоспитализације:

Citosorb дијализа  CVVHDF  CVVHD  High flow ≥ 12h  Третман фибринским љепилом

Пад пацијента за вријеме хоспитализације:  Да  Не Хоспитализација продужена због социјално-економских услова за \_\_\_\_\_ дана

Уринарна инфекција након апликације катетера:  Да  Не \_\_\_\_\_

Инфекција на јединици интензивне његе:  Да  Не (Датум и потпис надлежног доктора)

**ПОСТУПЦИ:**

Хируршки/анестезиолошки и остали инванзивни поступци	Ендоскопски поступци	Остали поступци

\_\_\_\_\_  
 (Датум и потпис надлежног шифранта)