



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 2014 M. SAUSIO 27 D. ĮSAKYMO NR. V-120 „DĖL PRIVALOMŲ SVEIKATOS STATISTIKOS APSKAITOS IR KITŲ TIPINIŲ FORMŲ BEI PRIVALOMŲ SVEIKATOS STATISTIKOS ATASKAITŲ FORMŲ PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO

2017 m. gegužės 3 d. Nr. V-494
Vilnius

1. P a k e i ĉ i u Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymą Nr. V-120 „Dėl privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“:

1.1. Papildau 1.1.20 papunkčiu:

„1.1.20. formą Nr. 029/a „Procedūrų registravimo žurnalas“;“.

1.2. Papildau 1.1.21 papunkčiu:

„1.1.21. formą Nr. 042/a „Kineziterapijos kortelė“;“.

1.3. Papildau 1.1.22 papunkčiu:

„1.1.22. formą Nr. 044/a „Fizinės medicinos ir reabilitacijos procedūrų kortelė“;“.

1.4. Papildau 1.1.23 papunkčiu:

„1.1.23. formą Nr. 047-9/a „Kontakto kortelė“.“

1.5. Pakeičiu nurodytu įsakymu patvirtintą formą Nr. 090/a „Pranešimas apie pirmą kartą nustatytą onkologinės ligos diagnozę“ ir ją išdėstau nauja redakcija (pridedama).

2. N u s t a t a u, kad šio įsakymo 1.1–1.4 papunkčiai įsigalioja 2017 m. liepos 1 d.

Sveikatos apsaugos ministras

Aurelijus Veryga

	Forma Nr. 029/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-494
<i>Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono nr.</i>	

PROCEDŪRŲ REGISTRAVIMO ŽURNALAS

_____ m.

Saugomas 3 metus po užbaigimo

Žurnale registruojamos injekcijos, ausų plovimo, pasėlio paėmimo, perrišimo, akispūdžio matavimo ir pan. procedūros

[illegible]

[illegible]

	Forma Nr. 042/a, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-494
Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono nr.	

KINEZITERAPIJOS KORTELĖ

- Vardas, pavardė
- Gimimo data.....
- Lytis (pažymėti): ☐ vyras ☐ moteris
- ESI / Gydomo stacionare ligos istorijos / Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos numeris.....
- Susirgimo, traumos data ir aplinkybės.....
.....
- Klinikinė diagnozė, TLK-AM-10 kodas.....
.....
- Informacija apie gydymą ir procedūras.....
.....
- Kineziterapinė diagnozė
.....

SOCIALINIAI DUOMENYS:

9. Gyvenimo sąlygos (pažymėti, įrašyti):

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Gyvena vienas | ☐ Gyvena su artimaisiais | ☐ Gyvena vienas namuose, bet yra reikalinga kito asmens priežiūra / pagalba |
| ☐ Gyvena socialinės globos įstaigoje | ☐ Kita..... | |

10. Užimtumas (pažymėti, įrašyti):

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Dirbantis, profesija..... | ☐ Bedarbis, priežastis..... | ☐ Studentas / moksleivis |
| ☐ Pensininkas | ☐ Kita..... | |

GYVENAMOJI APLINKA:

11. Kur gyvena (pažymėti, įrašyti):

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Privačiame name | ☐ Bute | ☐ Kita..... |
|--|-------------------------------|------------------------------------|

12. Ar gyvenamojoje aplinkoje yra (pažymėti, įrašyti):

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| ☐ Laiptai (su / be ranktūrio) | ☐ Lifas | ☐ Slenksčiai |
| ☐ Pandusas | ☐ WC ir kiti patogumai | ☐ Kita..... |

13. Naudojamos techninės pagalbos priemonės (pažymėti, patikslinti):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Lazda | ☐ Ramentai | ☐ Vaikštyne |
| ☐ Neįgaliojo vėžimėlis..... | ☐ Įtvarai | ☐ Kita..... |

14. Paciento bendros sveikatos būklės vertinimas (vertina pacientas):

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Puiki | ☐ Gera | ☐ Patenkinama | ☐ Bloga |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|

15. Nusiskundimai.....

.....

16. Paciento lūkesčiai

.....

17. Mobilumas (1 – savarankiškai, 2 – su minimalia pagalba, 3 – su vidutine pagalba, 4 – su maksimalia pagalba):

☐ Vertimasis

☐ Atsisėdimas

☐ Persikėlimas

☐ Atsistojimas

☐ Stovėjimas

☐ Ėjimas

18. Kineziterapijos tikslas ir prognozė:

.....

.....

19. Kineziterapijos uždaviniai:

.....

.....

20. Kineziterapijos planas:

.....

.....

.....

.....

21. Kita svarbi informacija:.....

.....

22. Kineziterapijos rezultatai / rekomendacijos:

.....

.....

23. Atliktų procedūrų skaičius:

24. Galutinis įvertinimas:

.....

.....

25. Rekomendacijos:

.....

.....

.....

26. Data.....

27. Kineziterapeutas

(spaudas, parašas)

28. PROCEDŪRŪ ATLIKIMAS

28.1. Paciento vardas, pavardė

28.2. ESI / Gydymo stacionare ligos istorijos / Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos numeris.....

[illegible]

	Forma Nr. 047-9/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-494
Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono nr.	

KONTAKTO KORTELĖ A dalis

(lieka sveikatos priežiūros įstaigoje)

Duomenys apie pacientą

1. Paciento / sveikatos istorijos Nr.
2. Lytis (*pabraukti*): moteris / vyras
3. Gimimo data
4. Ligos kodas pagal TLK-10-AM

	Forma Nr. 047-9/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-494
Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono nr.	

KONTAKTO KORTELĖ B dalis

(jį gauna pacientas, kad įteiktų savo lytiniam partneriui (kontaktavusiam asmeniui), kuris su šia kortele gali vykti pas tą patį ar kitą gydytoją, į kitą sveikatos priežiūros įstaigą)

Duomenys apie pacientą

1. Paciento / sveikatos istorijos Nr.
2. Ligos kodas pagal TLK-10-AM
3. Kabineto Nr.
4. Gydytojas
(*spaudas ir parašas*)
5. Telefonas
6. Data 20..... m. d.

Kortelės B dalis

(užpildyta kortelės B dalis grąžinama sveikatos priežiūros įstaigai, į kurią kreipėsi pirminis pacientas)

Duomenys apie kontaktavusį asmenį

1. Kontaktavusio asmens kodas pagal formą Nr. 151-9/a:
1, 2 – amžius, 3 – lytis [V, M], 4–6 – gyvenamosios
vietos administracinės teritorijos kodas, 7–10 –
pirmosios dvi vardo ir pavardės raidės
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
□□□□□.□□□□□
2. Ligos kodas pagal TLK-10-AM
3. Nustatytos lytiškai plintančios infekcijos (nurodant ligos
stadiją ir lokalizaciją):
.....
4. Kas padaryta (*pabraukti*): iširtas / gydomas / stebimas
.....
.....
5. Įstaigos pavadinimas
.....
6. Gydytojas.....
(*spaudas ir parašas*)
7. Data 20..... m. d.

Kortelės A dalis

(kortelės A dalis sugretinama su gauta atitinkama B dalimi)

Duomenys apie kontaktavusį asmenį

1. Lytis (*pabraukti*): moteris / vyras
2. Gimimo data
3. Vardas, pavardė
4. Gyvenamoji vieta ir papildoma informacija (socialinė
grupė, rizikos grupė ir kt. duomenys).....
.....
.....
.....
5. Gydytojas.....
(*spaudas ir parašas*)
6. Data 20..... m. d.

	Forma Nr. 090/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. vasario 2 d. įsakymu Nr. V-135 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gegužės 3 d. įsakymo Nr. V-494 redakcija)
Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono nr.	

PRANEŠIMAS APIE PIRMĄ KARTĄ NUSTATYTĄ ONKOLOGINĖS LIGOS DIAGNOZĘ

1. Paciento, kuriam pirmą kartą nustatyta onkologinės ligos diagnozė (toliau – pacientas), asmens kodas (jei nėra – gimimo data)	2. Paciento vardas, pavardė	3. Paciento lytis (pabraukti): Vyras ☐ Moteris ☐
4. Paciento adresas		
5. Onkologinės ligos diagnozė		6. Onkologinės ligos diagnozės nustatymo data
7. Naviko morfologija ir diferenciacijos laipsnis	8. Naviko išplitimo vertinimas (įrašyti): 8.1. klinikinė T N M 8.2. patloginė T N M	9. Naviko stadija (įrašyti):
10. Onkologinės ligos diagnozės išaiškinimo aplinkybės (pažymėti): 10.1. kreipėsi savarankiškai 10.2. profilaktiškai 10.3. vykdant atrankinės patikros programą 10.4. tik po mirties		
11. Onkologinės ligos diagnozės patvirtinimo būdas (nurodyti vieną ar daugiau) (pažymėti): 11.1. tiksliai 11.3. vėžio žymenys 11.5. pirminio naviko histologija 11.7. autopsija 11.9. tik iš mirties liudijimo kliniškai 11.4. citologija 11.6. metastazių histologija 11.8. nežinoma		
11.2. klinikiniais tyrimais (rentgenologinis, operacinis, endoskopinis, ultragarsinis ir kt. tyrimai)		
12. Numatomas onkologinės ligos pirminis gydymas (nurodyti vieną ar daugiau) (pažymėti): 12.1. chirurginis 12.3. chemoterapinis 12.5. gydymo atsisakė ☐ 12.7. netaikytas 12.2. radioterapinis 12.4. hormonų terapija 12.6. kita.....		
13. Pirmojo naviko diagnozė, jei diagnozuotas daugybinių navikas:		14. Pirmojo naviko diagnozės nustatymo data
15. Pranešimą užpildžiusio gydytojo vardas, pavardė	16. Pranešimo užpildymo data	17. Paciento mirties data (jei pacientas miręs)

Forma pildoma pirmą kartą nustatčius šiuos navikus: piktybiniai navikai (C00–C97), navikai *in situ* (D00–D09), gerybiniai navikai (D32, D33), nepatikslingos ir nežinomos eigos navikai (D39.1, D42, D43, D41.4, D45–D47).

Asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys gydytojai bei patologijos ir citologijos laboratorijose dirbantys gydytojai patologai, nustatę nurodyto onkologinio susirgimo diagnozę, privalo užpildyti šią formą ir išsiųsti ją Vėžio registrui paštu (P. Baublio g. 3B, LT-08406 Vilnius).

DETALŪS METADUOMENYS

Dokumento sudarytojas (-ai)	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija 188603472, Vilniaus g. 33, Vilnius 01506
Dokumento pavadinimas (antraštė)	Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymo Nr. V-120 „Dėl privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei privalomų sveikatos statistikos ata
Dokumento registracijos data ir numeris	2017-05-03 Nr. V-494
Dokumento specifikacijos identifikavimo žymuo	ADOC-V1.0
Parašo paskirtis	Vizavimas
Parašą sukūrusio asmens vardas, pavardė ir pareigos	Irma Stankūnienė, Specialistė, Sveikatos informacijos centro Sveikatos statistikos skyrius
Sertifikatas išduotas	IRMA STANKŪNIENĖ
Parašo sukūrimo data ir laikas	2017-05-03 11:27:42
Parašo formatas	XAdES-X-L
Laiko žymoje nurodytas laikas	2017-05-04 13:14:54
Informacija apie sertifikavimo paslaugų teikėją	Nacionalinis sertifikavimo centras (IssuingCA-A), Gyventojų registro tarnyba prie LR VRM - i.k. 188756767 LT
Sertifikato galiojimo laikas	2014-11-07 - 2017-11-06
Parašo paskirtis	Registravimas
Parašą sukūrusio asmens vardas, pavardė ir pareigos	Irma Stankūnienė, Specialistė, Sveikatos informacijos centro Sveikatos statistikos skyrius
Sertifikatas išduotas	IRMA STANKŪNIENĖ
Parašo sukūrimo data ir laikas	2017-05-03 11:29:48
Parašo formatas	XAdES-X-L
Laiko žymoje nurodytas laikas	2017-05-04 13:14:53
Informacija apie sertifikavimo paslaugų teikėją	Nacionalinis sertifikavimo centras (IssuingCA-A), Gyventojų registro tarnyba prie LR VRM - i.k. 188756767 LT
Sertifikato galiojimo laikas	2014-11-07 - 2017-11-06
Parašo paskirtis	Pasirašymas
Parašą sukūrusio asmens vardas, pavardė ir pareigos	Aurelijus Veryga, Ministras
Sertifikatas išduotas	AURELIJUS VERYGA, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija LT
Parašo sukūrimo data ir laikas	2017-05-04 14:47:48
Parašo formatas	XAdES-X-L
Laiko žymoje nurodytas laikas	2017-05-04 14:48:15
Informacija apie sertifikavimo paslaugų teikėją	ADIC CA-A, Asmens dokumentu israsymo centras prie LR VRM LT
Sertifikato galiojimo laikas	2017-03-30 - 2020-03-29
Informacija apie būdus, naudotus metaduomenų vientisumui užtikrinti	-
Pagrindinio dokumento priedų skaičius	5
Pagrindinio dokumento priedamų dokumentų skaičius	-
Programinės įrangos, kuria naudojantis sudarytas elektroninis dokumentas, pavadinimas	EAIS LPP v1.3-SNAPSHOT
Informacija apie elektroninio dokumento ir elektroninio (-ių) parašo (-ų) tikrinimą (tikrinimo data)	Atitinka specifikacijos keliamus reikalavimus. Visi dokumente esantys elektroniniai parašai galioja (2017-05-06)
Paieškos nuoroda	https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=61b58f1030b211e79f4996496b137f39
Papildomi metaduomenys	Nuorašą suformavo 2017-05-06 01:26:02 TAIS