

**444****ROZPORZĄDZENIE PREZESA RADY MINISTRÓW**

z dnia 20 lutego 2003 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2003**

Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2003 (Dz. U. Nr 233, poz. 1958) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 13 po pkt 35 dodaje się pkt 36—38 w brzmieniu:

„36) MZ/N-1a — karta zgłoszenia nowotworu złośliwego;

37) MZ/Szp-11 — karta statystyczna szpitalna ogólna;

38) MZ/Szp-11B — karta statystyczna psychiatryczna.”;

2) w załączniku nr 3 do rozporządzenia po wzorze formularza MZ-101 — karta ewidencyjna (aktualizacyjna) urządzenia medycznego dodaje się:

a) wzór formularza MZ/N-1a — karta zgłoszenia nowotworu złośliwego w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia,

b) wzór formularza MZ/Szp-11 — karta statystyczna szpitalna ogólna w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia,

c) wzór formularza MZ/Szp-11B — karta statystyczna psychiatryczna w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

<sup>1)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668 oraz z 2001 r. Nr 100, poz. 1080.

Prezes Rady Ministrów: *L. Miller*

Załączniki do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2003 r. (poz. 444)

## Załącznik nr 1

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej		<b>MZ/N-1a *)</b>  <b>KARTA</b> <b>zgłoszenia nowotworu złośliwego</b>	Adresat: **)	
Numer identyfikacyjny REGON  ----- /część I resortowego kodu identyfikacyjnego/			- regionalny rejestr onkologiczny  - Krajowy Rejestr Chorób Nowotworowych	
		Przekazać w terminach przewidzianych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2003		
KOD RESORTOWY	----- miejsce położenia zakładu /część II -TERYT/	----- kod podmiotu, który utworzył zakład /część III/	----- kod struktury ogólnej zakładu /część IV/	----- kod jednostki organizacyjnej /część V/

<p>1. Data przyjęcia ***) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Data wypisania ***) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. Nazwisko <input type="text"/></p> <p>Imię <input type="text"/></p> <p>Poprzednie nazwisko <input type="text"/></p> <p>3. Numer ewidencyjny <input type="text"/></p> <p>4. Adres stały                   miasto/wieś **)</p> <p>Miejscowość <input type="text"/></p> <p>ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....</p> <p>gmina ..... województwo .....</p> <p>5. Data urodzenia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                   Wiek .....</p> <p style="margin-left: 40px;">r r r    m m    d d</p> <p>6. Płeć M/K**)</p> <p>7. Kategoria społeczno-zawodowa **): rolnik indywidualny, robotnik niewykwalifikowany, robotnik wykwalifikowany, pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia, pracownik umysłowy z wyższym wykształceniem, inne (podać jakie).</p>	<p>Nie wypełniać</p> <p>0) <input type="text"/></p> <p>1) <input type="text"/></p> <p>2) <input type="text"/></p> <p>3) <input type="text"/></p> <p>4) <input type="text"/></p> <p>5) <input type="text"/></p> <p>6) <input type="text"/></p> <p>7) <input type="text"/></p> <p>8) <input type="text"/></p>
--	---

8. Rozpoznanie kliniczne i pierwotne umiejscowienie nowotworu	9) <input type="checkbox"/>
..... .....	10) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ewentualnie TNM****)	11) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stadium zaawansowania **): in situ, miejscowe, regionalne, uogólnione, nieokreślone.	
9. Wynik badania histopatologicznego *)	12) <input type="checkbox"/>
..... kod morfologiczny	13) <input type="checkbox"/>
10. Inne podstawy rozpoznania nowotworu **):	14) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
badanie cytologiczne, badanie endoskopowe, badanie radiologiczne, (także tomografia komputerowa), operacja wywiadowcza, inne badanie obrazowe (np. USG, scyntygrafia), badanie kliniczne (wywiad i badanie fizykalne), nowotwór wykryty sekcyjnie, rozpoznanie tylko na podstawie świadectwa zgonu.	15) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Metoda i rodzaj stosowanego leczenia **)	16) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Metoda: chirurgia, radioterapia, chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia, inne metody.	
Rodzaj: radykalne (przeciwnowotworowe), paliatywne (przeciwnowotworowe), objawowe, skierowany na leczenie, brak zgody na leczenie.	17) <input type="checkbox"/>
12. Data pierwszego rozpoznania nowotworu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> r r m m d d	18) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Data zgonu: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> r r m m d d	19) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Miejsce zgonu **): szpital, dom, inne.	20) <input type="checkbox"/>
Przyczyna zgonu **): nowotwór, inne.	21) <input type="checkbox"/>
14. Data wypełnienia karty: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> r r m m d d	22) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pieczeńć i podpis wypełniającego	

\*) Kartę wypełnia się dla chorych z rozpoznaniem lub podejrzeniem nowotworu złośliwego zarówno przy pierwszym, jak i przy ponownym zgłoszeniu oraz w razie zgonu.

\*\*) Właściwe podkreślić.

\*\*\*) Wypełnia się dla chorych leczonych w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej.

\*\*\*\*) Tumor Nodus Metastasis (TNM) - jest to klasyfikacja opracowana i rozpowszechniona przez Międzynarodową Unię do Walki z Rakiem (UICC), służąca do opisywania anatomicznego zasięgu nowotworu przed rozpoczęciem leczenia.

MZ/Szp-11  
KARTA STATYSTYCZNA SZPITALNA OGÓLNA

Pieczęć jednostki organizacyjnej	Dane pacjenta	
	Dane wewnętrzne	Imię ..... ..... Nazwisko..... ..... .....
		nieumieszczane w sprawozdaniu elektronicznym

Odciąć przed wysłaniem

Części systemu resortowych kodów		Płeć	
Regon (I)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> męska	2. <input type="checkbox"/> żeńska
Kod identyfikacyjny jednostki organizacyjnej (V)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3. <input type="checkbox"/> nieokreślona	
Kod położenia jednostki organizacyjnej (TERYT)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gmina stałego zamieszkania.....	
Księga Główna	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rok numer	Kod gminy - TERYT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> numer dziecko
Data wystawienia skierowania	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rok mies. dzień	Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rok mies. dzień
Data wpisu do księgi oczekujących	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rok mies. dzień	Kod płatnika	<input type="text"/> <input type="text"/>
Data przyjęcia do szpitala	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rok mies. dzień	Tryb przyjęcia (zakreślić właściwą kratkę)	
Data wypisu ze szpitala (zgonu)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rok mies. dzień	1. <input type="checkbox"/>	Przyjęcie planowe
		2. <input type="checkbox"/>	Przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem z pomocy doraźnej
		3. <input type="checkbox"/>	Przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż z pomocy doraźnej
		4. <input type="checkbox"/>	Przyjęcie w trybie nagłym bez skierowania

Pobyty na poszczególnych oddziałach proszę wypełniać na oddzielnych arkuszach

<b>Proszę wypełnić przy wypisie ze szpitala</b>		W przypadku zgonu podać przyczyny według karty zgonu	
Tryb wypisu (zakreślić właściwą kratkę)		Bezpośrednia	
1. <input type="checkbox"/>	Zakończenie procesu terapeutycznego diagnostycznego	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> •	
2. <input type="checkbox"/>	Skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym		
3. <input type="checkbox"/>	Skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej	Wtórna	
4. <input type="checkbox"/>	Skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> •	
5. <input type="checkbox"/>	Skierowanie do dalszego leczenia - inne przypadki		
6. <input type="checkbox"/>	Wypisanie na własne żądanie	Wyjściowa	
9. <input type="checkbox"/>	Zgon	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> •	

Lekarz odpowiedzialny za wypełnienie karty

Pieczęć

Podpis

UWAGA! Jeżeli pacjent jest leczony na kilku oddziałach, poniższe informacje wpisuje się osobno dla każdego pobytu na oddziale.

Przebywał na oddziale

Nazwa: .....

Kod

--	--	--	--

--	--	--	--

(VII)

(VIII)

Data przyjęcia na oddział

rok				mies.		dzień	

Data wypisu z oddziału

rok				mies.		dzień	

Choroba zasadnicza według rozpoznania klinicznego\*

(przyczyna)							
V-Y							
**							

Choroby współistniejące\*


Zabiegi operacyjne i procedury\*\*\*



Lekarz odpowiedzialny za wypełnienie karty

Pieczętka

Podpis

\* Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta.

\*\* Kod dodatkowy stosowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - Rewizja dziesiąta.

\*\*\* Według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych II edycji.

**Objaśnienia do wypełniania karty statystycznej szpitalnej ogólnej (MZ/Szp-11)  
wraz z formatem przekazywania danych**

**Uwaga:** W części zatytułowanej „Dane pacjenta” znajdują się informacje przeznaczone wyłącznie na potrzeby wewnętrzne szpitala.

**Punkt – „Części systemu resortowych kodów”** – poszczególne (I i V) części systemu resortowych kodów identyfikacyjnych należy wypełniać zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002 r. Nr 223, poz. 1880).

**Punkt – „Kod położenia jednostki organizacyjnej”** – kod terytorialny położenia jednostki organizacyjnej udzielającej świadczenia.

**Punkt – „Księga Główna”** – na poziomie tego punktu należy wpisać: rok, którego dotyczy numer pacjenta w Księdze Głównej, i numer Księgi Głównej.

**Punkt – „Data wystawienia skierowania”** – datę należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień. Brak „daty wystawienia skierowania” może wystąpić tylko w przypadku przyjęcia do szpitala w trybie nagłym bez skierowania.

**Punkt – „Data wpisu do księgi oczekujących”** – datę należy wpisać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień. Musi być wpisana w przypadku pacjenta zarejestrowanego w księdze oczekujących.

**Punkt – „Data przyjęcia do szpitala”** – datę należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień.

**Punkt – „Data wypisu ze szpitala (zgonu)”** – należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień.

**Punkt – „Płeć”** – płeć osoby hospitalizowanej należy podać przez wpisanie odpowiedniej kategorii.

**Punkt – „Numer w Księdze Głównej”** – należy wpisać numer pacjenta w Księdze Głównej, nie wykorzystując ostatniej pogrubionej kratki. Na kartach statystycznych dla noworodków należy wpisać numer matki w Księdze Głównej, a w ostatniej pogrubionej kratce cyfrę „1” – dla jednego (pierwszego) noworodka, a cyfrę „2” lub dalszą dla drugiego i kolejnych noworodków, przy ciąży mnogiej.

**Punkt – „Kod gminy TERYT”** – należy wpisać odpowiedni (siedmiocyfrowy) symbol miejsca zamieszkania w oparciu o aktualny „Wykaz symboli terytorialnych jednostek administracyjnych kraju” opracowany przez GUS.

**Punkt – „Data urodzenia”** – datę urodzenia należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień.

**Punkt – „Kod płatnika”** – należy wpisać kod kasy chorych lub innego płatnika.

**Punkt – „Tryb przyjęcia”** – należy wpisać właściwą kategorię.

**Punkt – „Tryb wypisu”** – należy wpisać właściwą kategorię.

**Punkt – „W przypadku zgonu podać przyczyny według karty zgonu”** – w punkcie tym należy wpisać zgodnie z kartą zgonu przyczyny: bezpośrednią, wtórną i wyjściową i podać symbol (kod) jednostki chorobowej według ICD-10.

**Punkt – „Przebywał na oddziale”** – „Data przyjęcia na oddział” - datę należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień. „Kod” – VII i VIII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania).

„Data wypisu z oddziału” – datę należy wpisać cyframi arabskimi w kolejności: rok, miesiąc, dzień.

**Punkt – „Choroba zasadnicza według rozpoznania klinicznego”** – w punkcie tym należy wpisać (na górnym poziomie) tę chorobę lub sytuację wpływającą na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia (Rozdział XXI), którą lekarz uznał za główną przyczynę hospitalizacji.

**Punkt – „Choroby współistniejące”** – w punkcie tym należy wpisać trzy najważniejsze według lekarza choroby, poza główną przyczyną hospitalizacji, które również były przedmiotem postępowania medycznego.

**Punkt – „Zabiegi operacyjne i procedury”** – w punkcie tym należy wpisać przeprowadzone zabiegi operacyjne lub procedury według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych - drugiej polskiej edycji z aneksem, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999.

Nie należy wpisywać badań laboratoryjnych oraz badań i porad lekarskich, konsultacji (kody 89.00-89.07).

## Zgromadzone w formie elektronicznej dane należy przekazywać według następującego formatu przekazywania danych.

Poziom	Znaczniki		Krot-ność	Nazwa	Format [Wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	Atrybuty					
0	mz:komunikat		1	Komunikat		Element główny komunikatu	
		xmlns:mz	1	Przestrzeń nazw		Definiuje przestrzeń nazw ( <i>namespace</i> )	Zawiera stałą wartość: <a href="http://www.csioz.gov.pl/start/xml">http://www.csioz.gov.pl/start/xml</a>
		typ	1	Typ komunikatu	6 znaków (duże litery)	Identyfikuje rodzaj przesyłu oraz decyduje o szczegółach składni	Przyjmuje wartość „SZP11”
		wersja	1	Numer wersji	Do 2 cyfr + kropka + 2 cyfry	Numer wersji komunikatu - może decydować o szczegółach składni	Przyjmuje wartość „1.03”
1	mz:producent		0-1	Producent		Element zawierający informacje o producencie oprogramowania, które generuje komunikat	
		nazwa	1	Nazwa producenta	Do 20 znaków	Nazwa producenta i ewentualne inne dane kontaktowe	
		wersja	1	Wersja oprogramowania	Do 10 znaków	Wersja oprogramowania, które wygenerowało przesłany komunikat	
		nr	0-1	Numer seryjny	Ciąg znaków	Numer dodatkowo precyzujący oprogramowanie, które wygenerowało komunikat	
		e-adres	0-1	Adres elektroniczny	Do 40 znaków	Adres elektroniczny, na który można przekazywać informacje związane z problemami dotyczącymi komunikatu	
	mz:dokument		1	Dokument		Element obejmujący wszystkie dane dotyczące przekazywanego dokumentu	

id	1	Identyfikator dokumentu	Litera D i numer (do 9 cyfr)	Nadawany przez wysyłającego, unikalny u niego numer dokumentu, pozwalający na jednoznaczną identyfikację dokumentu	Ten sam identyfikator dokumentu obejmuje wszystkie fragmenty sprawozdania określonego poprzez numer i okres, którego dotyczy, w elemencie sprawozdanie. Fragmenty te mogą być przesyłane w odrębnych komunikatach.
nr	1	Numer przesłania	Numer (cyfry) [1]	Kolejny numer przesłania dokumentu o tym samym id	Pierwsze przesłanie dokumentu ze sprawozdaniem lub jego częścią za określony okres powinno mieć numer 1; przesłania o kolejnych numerach zawierają uzupełnienia lub korekty dokonywane przed „zamknięciem” bieżącego sprawozdania.
zakres	0-1	Zakres danych	1 duża litera [C]	Określenie, czy przekazywane dane stanowią nową całość dokumentu, czy jego fragmenty	C – nowa całość dokumentu - należy zastąpić wszystkie dokumenty o mniejszych numerach nr i tym samym id (a więc dotyczących tego samego sprawozdania), całością aktualnego dokumentu; F – fragmenty - przekazane dane są uzupełnieniem lub korektą danych (niezamkniętego sprawozdania), przekazanych w poprzednich dokumentach o tym samym id



			1 duża litera [N]	Określenie, czy przekazywane dane „zamykają” sprawozdanie (są ostatnim fragmentem danych dotyczących sprawozdania), czy też jeszcze nie zamykają go (N)	Po otrzymaniu wskaźnika „Z”, odbiorca może traktować sprawozdanie jako kompletne (chyba że nadawca i odbiorca postanowią inaczej). Jeżeli pojawi się konieczność przesłania korekt, odbywa się to poprzez odrębne sprawozdanie korygujące (z nowym id dokumentu).  Wskaźnik „N” oznacza, że przekazywanie danych dotyczących bieżącego sprawozdania będzie kontynuowane w kolejnych komunikatach o tym samym id dokumentu.
tryb	0-1	Tryb przesłania			
data	1	Data dokumentu	RRRR-MM-DD	Data przygotowania dokumentu w postaci komunikatu elektronicznego	
mz:nadawca	1	Nadawca dokumentu		Dane nadawcy dokumentu	
mz:podmiot	1	Dane identyfikacyjne nadawcy		Dane identyfikujące nadawcę	
typ	0-1	Typ symbolu	1 cyfra [0]	Typ symbolu identyfikującego nadawcę	0 - 9 pierwszych cyfr numeru REGON; 1 - 12 cyfr (9 cyfr REGON + 3 cyfry id komórki organizacyjnej); 2 - 11 cyfr (9 cyfr REGON + 2 cyfry id jednostki organizacyjnej);
symbol	1	Symbol nadawcy		Symbol identyfikujący nadawcę, odpowiedni dla typu symbolu	

2	mz:odbiorca		1	Odbiorca dokumentu		Dane odbiorcy dokumentu	
3	mz:podmiot		1	Dane identyfikacyjne odbiorcy		Dane identyfikujące odbiorcę	
		typ	0-1	Typ symbolu	1 cyfra [0]	Typ symbolu identyfikującego odbiorcę	0 - 9 pierwszych cyfr numeru REGON; 1 - 12 cyfr (9 cyfr REGON + 3 cyfry id komórki organizacyjnej); 2 - 11 cyfr (9 cyfr REGON + 2 cyfry id jednostki organizacyjnej); 9 - inny symbol ustalony między nadawcą a odbiorcą.
		symbol	1	Symbol odbiorcy		Symbol identyfikujący odbiorcę, odpowiedni dla typu symbolu	
2	mz:sprawozdanie		1	Sprawozdanie		Zestaw danych objętych sprawozdaniem	
		symbol	0-1	Symbol sprawozdania	Ciąg znaków	Uzgodniony między nadawcą i odbiorcą symbol sprawozdania	Występuje tylko wtedy, gdy został uzgodniony między stronami.
		korekta	0-1	Wskaźnik korekty	1 duża litera [S]	Wskaźnik informujący, czy jest to sprawozdanie okresowe (S), czy jego korekta (K)	Jeżeli jest to sprawozdanie korygujące, a więc dotyczące „zamkniętego” już sprawozdania okresowego, wskaźnik przyjmuje wartość „K”.
		data	1	Data sprawozdania	RRRR-MM-DD	Data przygotowania tej części sprawozdania	
			1	Okres sprawozdawczy		Dane definiujące okres, którego dotyczy sprawozdanie	
		typ	0-1	Typ okresu sprawozdawczego	1 duża litera [M]	Kod typu okresu sprawozdawczego, którego dotyczą przesyłane dane	R - rok, K - kwartał, M - miesiąc, P - pół miesiąca
		rok	1	Rok	4 cyfry	Rok, w którym zawarty jest okres sprawozdawczy	
3	mz:okres						

nr	1	Numer okresu	Do 2 cyfr	Numer kolejny okresu w roku (np. dla połówek miesiąca 1-24)	
data-od	0-1	Początek okresu sprawozdawczego	RRRR-MM-DD	Data pierwszego dnia okresu sprawozdawczego	Dla celów kontrolnych
data-do	0-1	Koniec okresu sprawozdawczego	RRRR-MM-DD	Data ostatniego dnia okresu sprawozdawczego	Dla celów kontrolnych
mz:komorka-org	0-1	Komórka sprawozdająca		Zestaw danych identyfikujących świadczeniodawcę, którego dotyczy sprawozdanie	Jeżeli zostanie określona, to wszystkie dane sprawozdania dotyczą tego świadczeniodawcy, chyba że w ramach elementu mz:usługa zostanie określona inna mz:komorka-org dla tej usługi.
regon	1	Nr REGON	9 cyfr	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON	
jednostka	0-1	Nr jednostki organizacyjnej	2 cyfry	Numer jednostki organizacyjnej ZOZ-u (część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	Nie musi być określona w tym miejscu – może być sprecyzowana w elemencie mz:usługa.
teryt	0-1	Kod TERYT	7 cyfr	Kod TERYT gminy – miejsca prowadzenia działalności jednostki organizacyjnej	Nie musi być określony w tym miejscu – może być sprecyzowany w elemencie mz:usługa.
nr	0-1	Nr komórki	3 cyfry	Numer komórki organizacyjnej (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	Nie musi być określony w tym miejscu – może być sprecyzowany w elemencie mz:usługa.
typ	0-1	Typ komórki organizacyjnej	4 cyfry	Kod typu specjalności komórki organizacyjnej (część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	Nie musi być określony w tym miejscu – może być sprecyzowany w elemencie mz:usługa.
mz:pozycja	0-n	Pozycja dokumentu		Zestaw danych opisujących pozycję dokumentu	Krotność = 0 ma sens wtedy, gdy jest to zamknięcie sprawozdania bez przekazania dodatkowych danych, a więc tryb w mz:dokument powinien mieć wartość „Z”.

	id	1	Identyfikator pozycji	Litera P i numer (do 9 cyfr)	Unikalny nr pozycji w ramach określonego sprawozdania okresowego, chyba że powiązany z trybem U lub P	Nawet w trybie U lub P nie może się powtarzać w ramach jednego komunikatu, natomiast może - w różnych komunikatach dotyczących tego samego sprawozdania.
	tryb	0-1	Typ przesłania	1 duża litera [D]	Określa - czy przesyłane dane mają być dopisane, usunięte czy poprawione	D - dodanie pozycji; U - usunięcie pozycji; P - poprawienie pozycji dokumentu (zastąpienie poprzedniego zestawu danych o określonym id - nowym)
3	mz:swiadczenie	1	Świadczenie		Zestaw danych charakteryzujących pobyt w szpitalu	
	typ	0-1	Typ świadczenia	1 znak [2]	Kod typu świadczenia	Nie musi wystąpić. Dotyczy zawsze opieki stacjonarnej.
	platnik	0-1	Platnik	2 cyfry	Kod płatnika zgodnie z kartą statystyczną szpitalną	Gdy płatnikiem jest kasa chorych, może nie wystąpić, gdyż kasa jest określona jako mz:ubezpieczenie w elemencie mz:pacjent.
4	mz:zlecenie	0-1	Zlecenie		Zestaw danych charakteryzujących fazę zlecenia świadczenia	
	data	1	Data wystawienia	RRRR-MM-DD	Data wystawienia skierowania	
5	mz:komorka-org	0-1	Komórka organizacyjna		Dane identyfikujące świadczeniodawcę lub jego komórkę organizacyjną, w której zlecono wykonanie świadczenia	
	regon	1	Nr REGON	9 cyfr	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON	
	nr	0-1	Nr komórki	3 cyfry	Nr komórki organizacyjnej	
4	mz:pacjent	1	Pacjent		Zestaw danych związanych z pacjentem, któremu udzielono świadczenia	

5	mz:ubezpieczenie		1	Ubezpieczenie pacjenta			
		kod-kasy	1	Kod kasy chorych	2 cyfry	Identyfikator kasy chorych, w której ubezpieczony jest pacjent	
5	mz:pacjent-stat		1	Dane demograficzne		Zestaw danych o pacjencie dla analiz statystycznych	
		urodz	1	Data urodzenia	RRRR-MM-DD	Data urodzenia pacjenta	
		plec	1	Płeć pacjenta	1 znak	Oznaczenie płci pacjenta	
		teryt	1	Gmina zamieszkania	7 cyfr	Kod TERYT gminy miejsca zamieszkania pacjenta	
4	mz:ksiega		0-1	Dane księgi przyjęć		Numery z księgi przyjęć dotyczące świadczenia	
		rok	1	Rok księgi	4 cyfry	Rok, którego dotyczą numery	
		nr	0-1	Nr księgi	2 cyfry [00]	Nr księgi przyjęć u świadczeniodawcy	
		poz	1	Nr w księdze	Do 5 cyfr	Numer pozycji w księdze przyjęć	
		nr-dziecka	0-1	Nr dziecka	1 cyfra	Nr kolejny urodzonego dziecka (dla bliźniąt)	
4	mz:kolejka		0-1	Dane księgi oczekujących		Dane związane z księgą oczekujących	
		data	1	Data zapisu	RRRR-MM-DD	Data wpisania do księgi oczekujących	
4	mz:przyjecie		0-1	Przyjęcie		Dane dotyczące fazy przyjęcia	
		data	1	Data przyjęcia	RRRR-MM-DD	Data przyjęcia do szpitala	Zgodna z datą rozpoczęcia pierwszego pobytu na oddziale (mz:usluga)
		tryb	1	Tryb przyjęcia	1 cyfra	Tryb przyjęcia do szpitala	

4		mz:wypis		Wypis		Dane dotyczące fazy wypisu	
	data	0-1	Data wypisu	RRRR-MM-DD	Data wypisu ze szpitala	Zgodna z datą zakończenia ostatniego pobytu na oddziale (mz:usługa)	
	tryb	1	Tryb wypisu	1 cyfra	Tryb wypisu ze szpitala		
5	mz:przyczyna-zgonu	0-1	Przyczyny medyczne zgonu		Zestaw przyczyn dotyczących zgonu	Tylko jeżeli nastąpił zgon pacjenta.	
	bezposrednia	1	Bezpośrednia przyczyna zgonu	4 znaki	Kod określający bezpośrednią przyczynę zgonu		
	wtorna	0-1	Wtórna przyczyna zgonu	4 znaki	Kod określający wtórna przyczynę zgonu		
	wyjsciowa	0-1	Wyjściowa przyczyna zgonu	4 znaki	Kod określający wyjściową przyczynę zgonu		
4	mz:usluga	1-n	Usługa		Zestaw danych związanych z pobytem na oddziale		
	data	1	Data rozpoczęcia usługi	RRRR-MM-DD	Data przyjęcia na oddział		
	data-do	1	Data zakończenia usługi	RRRR-MM-DD	Data wypisu z oddziału		
	kod	0-1	Kod rejestrowy	1 cyfra + kropka + do 4 cyfr [1.1]	Kod jednostkowego świadczenia zdrowotnego		
5	mz:komorka-org	0-1	Komórka organizacyjna		Dane szczegółowe identyfikujące świadczeniodawcę	Muszą wystąpić, jeżeli nie określono ich w elemencie mz:sprawozdanie. Mogą wystąpić, jeżeli inne niż określono w elemencie mz:sprawozdanie.	

	regon	0-1	Nr REGON	9 cyfr	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON	Występuje tylko wtedy, gdy nie określono go w elemencie mz: sprawozdanie
	jednostka	0-1	Nr jednostki organizacyjnej	2 cyfry	Numer jednostki organizacyjnej ZOZ-u (część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	Występuje wtedy, gdy nie określono go w mz: sprawozdanie lub gdy inny niż w mz: sprawozdanie
	teryt	0-1	Kod TERYT	7 cyfr	Kod TERYT gminy – miejsca prowadzenia działalności jednostki organizacyjnej	Występuje wtedy, gdy nie określono go w mz: sprawozdanie lub gdy inny niż w mz: sprawozdanie
	nr	0-1	Nr komórki	3 cyfry	Nr komórki organizacyjnej	Występuje wtedy, gdy nie określono go w mz: sprawozdanie lub gdy inny niż w mz: sprawozdanie.
	typ	0-1	Typ komórki organizacyjnej	4 cyfry	Kod typu specjalności komórki organizacyjnej (część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	Występuje wtedy, gdy nie określono go w mz: sprawozdanie lub gdy inny niż w mz: sprawozdanie
5	mz: przyczyna	1	Przyczyna medyczna		Przyczyna medyczna udzielenia świadczenia	
	katalog	0-1	Kod katalogu przyczyn	2 znaki [10]	Kod klasyfikacji zawierającej kody przyczyn medycznych	Na razie wykorzystywany jest wyłącznie katalog o kodzie „10” (ICD-10).
	kod	1	Kod przyczyny	4 znaki	Kod przyczyny medycznej	
6	mz: przyczyna-inna	0-n	Przyczyna medyczna współistniejąca		Istotne współistniejące przyczyny medyczne udzielenia świadczenia	
	typ	0-1	Typ współprzyczyny	1 cyfra [0]	Kod określający, czego dotyczy współprzyczyna medyczna	0-choroba współistniejąca, 1-przyczyna urazu, 2-kod dodatkowy przyczyny.
	katalog	0-1	Kod katalogu przyczyn	2 znaki [10]	Kod klasyfikacji zawierającej kody przyczyn medycznych	Na razie wykorzystywany jest wyłącznie katalog o kodzie „10” (ICD-10).

	kod	1	Kod przyczyny	4 znaki	Kod przyczyny medycznej określonej oprócz przyczyny zasadniczej	
5	mz:procedura	0-n	Procedura medyczna		Zestaw danych opisujących procedurę medyczną wykonaną w ramach hospitalizacji	
	katalog	0-1	Katalog kodu procedury	2 znaki [09]	Kod katalogu, z którego pochodzi kod procedury medycznej	
	kod	1	Kod procedury	do 8 cyfr	Kod wykonanej procedury	
	ilosc	0-1	Ilość powtórzeń	liczba [1]	Liczba powtórzeń procedury o określonym kodzie	

## Objaśnienia:

- 1) RRRR-MM-DD jest formatem daty, w którym pierwsze cztery cyfry oznaczają rok, dwie następne -- numer miesiąca w roku, a dwie ostatnie -- numer dnia w miesiącu.
- 2) Sposób zapisu danych w strukturze określonej przez powyższe elementy i atrybuty jest zgodny z zasadami języka XML wersja 1.0.



MZ/Szp-11B  
**KARTA STATYSTYCZNA PSYCHIATRYCZNA**

1. Zakład ..... 2. Nr księgi głównej ..... 3. Nazwisko 

--	--

 imię 

--	--

..... (symbol zakładu) ..... 4. Płeć 

--

5. Data urodzenia .....	rok	miesiąc	dzień	13. Skierowany(a) przez .....	
6. Miejsce stałego zamieszkania .....	(miejscowość)			14. Tryb przyjęcia .....	
				15. Wykształcenie .....	
				16. Z kim mieszka .....	
7. Podstawa płatności .....				17. Stopień niepełnosprawności .....	
8. Po raz który w życiu przyjęty(a) do szpitala psychiatrycznego .....				18. Pacjent ubezwłasnowolniony .....	
9. Przyjęty(a) 1 raz do szpitala (oddziału) psychiatrycznego .....				19. Wypisany jako .....	
10. Czas od ostatniego wypisu z oddziału psychiatrycznego .....				20. Wypisany dokąd .....	
11. Stan cywilny .....				21. Obserwacja sądowo-psychiatryczna	art. kk / kc      wnioski
12. Źródło utrzymania .....					

Nr statystyczny

22. Choroba zasadnicza	
23. Choroba współistniejąca	

## 24. Zabiegi operacyjne i procedury:

a) ..... Nr statystyczny .....

b) ..... Nr statystyczny .....

25. Wyjściowa przyczyna zgonu według rozpoznania klinicznego	Nr statystyczny
26. Przyczyna zgonu według wyniku sekcji	Nr statystyczny

## 27. Oddziały, w których przebywał pacjent w trakcie obecnej hospitalizacji:

Oddział	Kod oddziału	Data przyjęcia			Data przeniesienia – wypisu		
		rok	miesiąc	dzień	rok	miesiąc	dzień

.....  
(data).....  
(podpis kierownika komórki dokumentacji chorych)