

Suvestinė redakcija nuo 2015-01-01 iki 2015-12-31

Įsakymas paskelbtas: Žin. 1998, Nr. [105-2927](#), i. k. 0982250ISAK00000687

Nauja redakcija nuo 2016-11-25:

Nr. [V-1298](#), 2016-11-18, paskelbta TAR 2016-11-24, i. k. 2016-27388

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S
DĖL MEDICININĖS APSKAITOS DOKUMENTŲ FORMŲ TVIRTINIMO

1998 m. lapkričio 26 d. Nr. 687
Vilnius

Siekdamas patenkinti sveikatos draudimo bei sveikatos statistikos reikmes, priimti racionalius sprendimus ir nedubliuoti informacijos,

ĮSAKAU:

1. Tvirtinti šias statistinės apskaitos dokumentų formas:

1.1. formą Nr. 066/a-LK „Stacionare gydomo asmens statistinė kortelė“ (toliau – forma Nr. 066/a-LK). Saugojimo terminas – 5 metai. Formatas – A4 (pridedama);

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1106](#), 2011-12-23, Žin., 2011, Nr. 162-7695 (2011-12-30), i. k. 1112250ISAK00V-1106

1.2. formą 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“ (pridedama). Saugojimo terminas – 5 metai.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-39](#), 2013-01-15, Žin., 2013, Nr. 8-336 (2013-01-22), i. k. 1132250ISAK0000V-39

1.3. Neteko galios nuo 2013-01-23

Punkto naikinimas:

Nr. [V-39](#), 2013-01-15, Žin. 2013, Nr. 8-336 (2013-01-22), i. k. 1132250ISAK0000V-39

2. Tvirtinti pridedamas:

2.1. Formos Nr. 066/a-LK pildymo, pateikimo ir tikslinimo taisyklės;

2.2. Formos Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“ pildymo, pateikimo ir tikslinimo taisyklės.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1106](#), 2011-12-23, Žin., 2011, Nr. 162-7695 (2011-12-30), i. k. 1112250ISAK00V-1106

Nr. [V-39](#), 2013-01-15, Žin., 2013, Nr. 8-336 (2013-01-22), i. k. 1132250ISAK0000V-39

3. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms ambulatorines arba stacionarines paslaugas, šias formas pildyti nuo 1999 01 01.

4. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose įdiegta informacinė sistema, formą Nr. 066/a-LK „Išvykusio iš stacionaro asmens statistinė kortelė“, formą Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė“ ir jos registracijos žurnalą gali pildyti vien elektroniniu būdu bei užpildytas formas privalo saugoti teisės aktų nustatyta tvarka.

Papildyta punktu:

Nr. [V-545](#), 2006-06-28, Žin., 2006, Nr. 75-2891 (2006-07-05), i. k. 1062250ISAK000V-545

5. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti ministerijos sekretoriui pagal administruojamą sritį.

Papildyta punktu:

Nr. [V-545](#), 2006-06-28, Žin., 2006, Nr. 75-2891 (2006-07-05), i. k. 1062250ISAK000V-545

5. Formas: 066/a „Išrašyto iš stacionaro asmens statistinė kortelė“, 025-2/a „Statistinis talonas patikslintai (galutinei) diagnozei registruoti“, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1991 12 17 įsakymu Nr. 391, laikyti negaliojančiomis nuo šio įsakymo įsigaliojimo dienos.

Punkto numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-545](#), 2006-06-28, Žin., 2006, Nr. 75-2891 (2006-07-05), i. k. 1062250ISAK000V-545

6. Viceministrui pagal administravimo sritį kontroliuoti įsakymo vykdymą.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-532](#), 2011-05-26, Žin., 2011, Nr. 65-3053 (2011-05-28), i. k. 1112250ISAK000V-532

Punkto numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-545](#), 2006-06-28, Žin., 2006, Nr. 75-2891 (2006-07-05), i. k. 1062250ISAK000V-545

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

MINDAUGAS STANKEVIČIUS

Forma. Neteko galios nuo 2013-01-23

Formos naikinimas:

Nr. [V-39](#), 2013-01-15, Žin. 2013, Nr. 8-336 (2013-01-22), i. k. 1132250ISAK0000V-39

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687

(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2013 m. gegužės 13 d. įsakymo Nr. V-483 redakcija)

FORMOS NR. 066/A-LK „STACIONARE GYDOMO ASMENS STATISTINĖ KORTELĖ“ PILDYMO, PATEIKIMO IR TIKSLINIMO TAISYKLĖS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Formos Nr. 066/a-LK „Stacionare gydomo asmens statistinė kortelė“ pildymo, pateikimo ir tikslinimo taisyklėse (toliau – Taisyklėse) nustatyta stacionare gydomo asmens statistinės kortelės (toliau – kortelė) pildymo, pateikimo ir tikslinimo tvarka.

2. Taisyklės parengtos vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (Žin., 1996, Nr. [66-1572](#); 1998, Nr. [109-2995](#); 2010, Nr. [139-7106](#)) 10 ir 16 straipsniais, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)) 9 straipsniu, 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamentu (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje (OL 2004 m. *specialusis leidimas*, 5 skyrius, 1 tomas, p. 83), 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo (OL 2004 m. *specialusis leidimas*, 5 skyrius, 5 tomas, p. 72; toliau – Reglamentas (EB) Nr. 883/2004) ir kitais teisės aktais.

3. Pildoma kiekvieno hospitalizuoto paciento, kuriam teikiamos dienos chirurgijos ir (ar) stacionarinio gydymo paslaugos, kortelė. Už kortelės duomenų teisingumą atsako asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

4. Stacionare teikiamos paslaugos pagal jų išlaidų apmokėjimą skirstomos į šias gydymo rūšis:

4.1. aktyvusis gydymas – dienos chirurgijos ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (toliau – stacionarinės paslaugos), išskyrus transplantacijos paslaugas, teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ar sužalojimo, kai reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis, ir (ar) chirurginis gydymas, kuris negali būti taikomas ambulatorinėmis sąlygomis. Aktyviojo gydymo paslaugos grupuojamos pagal giminingų diagnozių grupių (angl. *diagnosis-related group* – DRG) metodą (toliau – DRG metodas), išskyrus 4.2 ir 4.3 papunkčiuose nurodytas paslaugas;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

4.2. ilgalaikis gydymas – stacionarinės paslaugos, teikiamos lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, kai reikalingas ilgai (dažniausiai ilgiau nei mėnesį) trunkantis etiopatogenetinis ir (ar) palaikomasis gydymas, ir (ar) simptominis gydymas, ir (ar) slauga. Ilgalaikio gydymo paslaugų pavyzdžiai: palaikomojo gydymo ir slaugos, paliatyviosios pagalbos, tuberkuliozės, specialiosios psichiatrijos, psichikos ligų ilgalaikio gydymo paslaugos ir pan. Ilgalaikio gydymo paslaugos negrupuojamos pagal DRG metodą;

4.3. stacionarinė medicininė rehabilitacija – stacionarinės medicininės rehabilitacijos paslaugos, išskyrus pirmąjį rehabilitacijos etapą. Medicininės rehabilitacijos paslaugos negrupuojamos pagal DRG metodą;

4.4. transplantacija – stacionarinio gydymo paslauga, teikiama ir apmokama teisės aktų nustatyta tvarka. Transplantacijos paslaugos grupuojamos pagal DRG metodą.

5. Paciento gydymo laikotarpis, kuriuo teikiamos vienos rūšies gydymo paslaugos ir už kurį teritorinės ligonių kasos atsiskaito su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, vadinamas gydymo etapu. Jei teikiamos ilgalaikio gydymo paslaugos, pasibaigus kalendoriniam mėnesiui teritorinė ligonių kasa už jį atsiskaito kaip už vieną gydymo etapą (jei pasibaigus kalendoriniam mėnesiui

paciento ilgalaikis gydymas tęsiamas, praėjęs kalendorinis mėnuo vadinamas išankstinio mokėjimo etapu).

6. Kortelė apima statistinius ir ekonominius duomenis, būtinus statistinei analizei atlikti, gydymo kainai apskaičiuoti ir ataskaitoms sudaryti. Kortelę sudaro 2 pagrindinės dalys:

6.1. pirmojoje dalyje „Paciento gydymo duomenys“ pateikiami asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir kortelės duomenys, bendrieji hospitalizuojamo asmens duomenys, draudimo duomenys, nurodoma, ar asmuo atvyko pagal siuntimą. Šios dalies lentelėje pateikiami gydymo skyriuje ir perkėlimo iš skyriaus į skyrių duomenys, nurodomas gydymo etapo numeris (pirmojoje dalyje nurodomi visi gydymo etapai). Taip pat šioje dalyje pateikiami išrašymo duomenys ir nurodoma teritorinės ligonių kasos mokama už suteiktas paslaugas suma (balais);

6.2. antrojoje dalyje „Etapo duomenys“ pateikiami tik vieno gydymo etapo duomenys. Šioje dalyje nurodomas etapo numeris, etapo pradžios ir pabaigos datos, kai kurie paciento duomenys (svoris, amžius ir kt.), klinikiniai ir ekonominiai duomenys. Jei prasideda kitas gydymo etapas, pradedama pildyti nauja kortelės dalis „Etapo duomenys“. Vienai kortelei priskiriama tiek dalių „Etapo duomenys“, kiek yra gydymo etapų.

II. KORTELĖS PIRMOSIOS DALIES „PACIENTO GYDymo DUOMENYS“ PILDYMAS

7. 1 A, 1 B, 2 A, 2 B, 2 C, 3, 4 ir 5 langeliai bei dalis „Bendrieji asmens duomenys“ pildomi priėmimo skyriuje hospitalizuojant pacientą. Dalis „Bendrieji asmens duomenys“ pildoma remiantis paciento pateikta informacija ir dokumentais. Šiuos duomenis gali tikslinti pacientą gydantis ir (arba) išrašantis iš stacionaro gydytojas.

8. **1 A langelyje** „ASPI“ turi būti įrašomas asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPI) ar jos padalinio, į kurį pacientas hospitalizuojamas, kodas pagal Juridinių asmenų registrą. **1 B langelyje** turi būti įrašomas ASPI ar jos padalinio, į kurį pacientas hospitalizuojamas, pavadinimas ir adresas.

9. **2 A langelis** „Pirminė“ turi būti žymimas (?) pirmą kartą pildant hospitalizuojamo paciento kortelę. **2 B langelis** „Tikslinamoji“ žymimas (?) tikslinant pirminę kortelę. **2 C langelis** „Anuliuojamoji“ žymimas (?) anuliuojant pirminę kortelę.

10. **3 langelis** „Tikslinamos pirminės kortelės Nr.“ pildomas tikslinant arba anuliuojant kortelę: įrašomas tikslinamos arba anuliuojamos pirminės kortelės numeris.

11. Kortelei numeris suteikiamas centralizuotai, kai pažymimas **2 A langelis** „Pirminė“. Kortelės numeris nurodomas **4 langelyje** „Kortelės Nr.“. Šio numerio 4 skaitmenys atitinka metus, kuriais pacientas hospitalizuojamas, 6 skaitmenys atitinka Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) centralizuotai ASPI suteiktą nuoseklų kortelės numerį, dar 2 skaitmenys rašomi, jei kortelė tikslinama arba anuliuojama. Jei kortelė tikslinama pirmą kartą, rašomi skaitmenys 01, jei kortelė tikslinama antrą kartą – 02 ir t. t. Jei kortelė anuliuojama, rašomi skaitmenys 99.

12. **5 langelyje** „Ligos istorijos numeris“ turi būti įrašomas paciento ligos istorijos numeris. Rekomenduojama, kad ligos istorijos numeris sutaptų su kortelės numeriu, nurodytu **4 langelyje**.

13. Dalis „Bendrieji asmens duomenys“ pildoma taip:

13.1. **6 langelyje** „Asmens kodas“ rašomas asmens kodas pagal asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą. Išimtis, kai šis langelis nepildomas, priskiriama:

13.1.1. kūdikis iki 3 mėnesių, neturintis asmens identifikavimo dokumentų, – šiuo atveju **7 langelyje** nurodomas įgaliotojo asmens (motinos) kodas;

13.1.2. užsienietis, kuriam nesuteiktas asmens kodas Lietuvos Respublikos gyventojų registre (toliau – Gyventojų registras);

13.1.3. neidentifikuotas asmuo;

13.2. **8 langelyje** „DIK“ įrašomas draudžiamojo identifikavimo kodas pagal Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą (toliau – Draudžiamųjų registras). Langelis turi būti pildomas nuo Draudžiamųjų registro veiklos pradžios;

13.3. **9 langelis** „Vardas“ ir **10 langelis** „Pavardė“ pildomas pagal asmens tapatybę

patvirtinančių dokumentų duomenis ir turi sutapti su Gyventojų registro duomenimis. Išimtis priskiriamas:

13.3.1. kūdikis iki 3 mėnesių, neturintis asmens identifikavimo dokumentų, – vardas ir pavardė nenurodomi arba įrašomas jų lydinčių asmenų nurodytas vardas ir pavardė;

13.3.2. Gyventojų registre neįregistruotas užsienietis – vardas ir pavardė nurodomi pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų duomenis;

13.3.3. neidentifikuotas asmuo – langelis nepildomas arba įrašomas asmens nurodytas vardas ir pavardė, arba jų lydinčių asmenų nurodytas asmens vardas ir pavardė;

13.4. **11 langelyje** „Gimimo data“ pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų duomenis įrašomi paciento gimimo metai, mėnuo ir diena. 11 langelyje nurodyta gimimo data turi sutapti su Gyventojų registre nurodyta gimimo data. Neregistruotų naujagimių gimimo data įrašoma pagal medicinos dokumentuose nurodytą gimimo datą. Neidentifikuoto asmens gimimo data nenurodoma arba įrašoma jo paties nurodyta gimimo data, arba lydinčiųjų asmenų nurodyta jo gimimo data;

13.5. **12 langelyje** „Lytis“ nurodoma paciento lytis pagal Gyventojų registro duomenis. Šio langelio duomenis prireikus galima koreguoti, įrašant vieną iš keturių skaitmenų: 1 – vyras, 2 – moteris, 3 – hermafroditas ar neaiškos lyties, 9 – nežinoma. Langelis pildomas pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų arba medicinos dokumentų duomenis;

13.6. **13 langelis** „Nuolatinis LR gyventojas“ žymimas (?), jei pacientas yra nuolatinis Lietuvos Respublikos gyventojas pagal Gyventojų registrą;

13.7. **14 langelyje** „Telefono numeris“ įrašomas paciento nurodytas telefono numeris.

13.8. langas „Adresas“ skirtas paciento gyvenamosios vietos adresui nurodyti: **15 A langelyje** „valstybė“ nurodoma valstybė, kurioje asmuo gyvena; jei pacientas gyvena kaime, žymimas (?) **15 B langelis** „kaimas“; jei pacientas gyvena mieste, žymimas (?) **15 C langelis** „miestas“; **15 D langelyje** „savivaldybė“ įrašomas savivaldybės kodas; **15 E langelyje** nurodoma gatvė, namo numeris, buto numeris, kaimo, miesto arba rajono pavadinimas, **15 F langelyje** „Elektroninio pašto adresas“ nurodomas paciento elektroninio pašto adresas. Jei pildoma užsieniečio, neregistruoto Gyventojų registre, kortelė, nurodoma gyvenamosios vietos valstybė. Jei Gyventojų registre nurodyta gyvenamoji vieta nesutampa su asmens nurodyta gyvenamąja vieta, adreso duomenys koreguojami, nurodant faktinį gyvenamosios vietos adresą;

13.9. langas „PAASPI“ skirtas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – PAASPI), prie kurios pacientas prisirašęs, ar jos padalinio, jei pacientas prie jo prisirašęs, duomenims nurodyti: **16 A langelyje** įrašomas PAASPI ar jos padalinio kodas pagal Juridinių asmenų registrą, **16 B langelyje** – PAASPI ar jos padalinio pavadinimas ir adresas. Gyventojų registre neregistruoto naujagimio kortelėje nurodoma PAASPI, prie kurios prisiregistravusi naujagimio motina;

13.10. **17 A langelyje** „Hospitalizavimo data“ turi būti įrašoma paciento hospitalizavimo data (metai, mėnuo, diena), o **17 B langelyje** – hospitalizavimo valanda ir minutės;

13.11. lange „Nelaimingas atsitikimas darbe“ žymimas (?) vienas iš dviejų langelių: **18 A langelis** „ne“ žymimas, jei hospitalizavimo priežastis nėra nelaimingas atsitikimas darbe; **18 B langelis** „taip“ žymimas, jei hospitalizavimo priežastis – nelaimingas atsitikimas darbe;

13.12. lange „Draustumas“ žymimas (?) vienas iš trijų langelių: **19 A langelis** „apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu (PSD)“, **19 B langelis** „apdraustas EEE šalyje ar Šveicarijoje“, **19 C langelis** „kita“. Informacija turi atitikti Draudžiamųjų registro arba asmens pateikto dokumento, patvirtinančio draudimą, duomenis hospitalizavimo dieną;

13.13. jei žymimas **19 B langelis** „apdraustas EEE šalyje ar Šveicarijoje“, **19 D langelyje** „apdraudusioji valstybė“ įrašoma valstybė, kurioje pacientas yra apdraustas. **19 E langelyje** „draudimo dokumentas“ įrašomas draudimą ir teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas patvirtinančio dokumento numeris pagal šį sąrašą: 1 – Europos sveikatos draudimo kortelė; 2 – sertifikatas, laikinai pakeičiantis Europos sveikatos draudimo kortelę; 3 – E 112 formos pažyma; 4 – E 123 formos pažyma; 5 – S2 formos dokumentas; 6 – DA1 formos dokumentas; 9 – kitas dokumentas. 1 ir 2 dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 19 (1) straipsnyje numatytą medicinos pagalbą, jei ji būtina dėl asmens sveikatos būklės lankymosi

Lietuvoje metu, atsižvelgiant į numatomą lankymosi Lietuvoje trukmę. 3 ir 5 dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 20 (2) straipsnyje nurodytą planinę medicinos pagalbą. 4 ir 6 dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 19 (1) straipsnyje nurodytą būtinąją medicinos pagalbą dėl nelaimingo atsitikimo darbe ar profesinės ligos. **19 F langelyje** „galioja iki“ turi būti įrašyta draudimą ir teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas patvirtinančio dokumento galiojimo data;

13.14. lange „Atvyko pagal siuntimą“ žymimas (?) vienas iš dviejų langelių: **20 A langelis** „taip“, jei pacientas atvyksta pagal siuntimą, **20 B langelis** „ne“, jei pacientas atvyksta neturėdamas siuntimo. Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė (forma Nr. 113) prilyginama siuntimui;

13.15. lange „Atvežė GMP brigada“ žymimas (?) vienas iš dviejų langelių: **20 C langelis** „taip“ žymimas, jei pacientą atveža greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) brigada, kitu atveju žymimas **20 D langelis** „ne“;

13.16. jei pacientas atvyksta pagal siuntimą, **20 E langelyje** rašomas siunčiančiosios ASPI arba jos padalinio (jei siuntimą išduoda ASPI padalinys) kodas pagal Juridinių asmenų registrą, **20 F langelyje** – siunčiančiosios ASPI arba jos padalinio pavadinimas. Jei pacientą be siuntimo atgabena GMP brigada, 20E ir 20F langeliuose atitinkamai nurodomas GMP paslaugas teikiančios įstaigos kodas ir pavadinimas;

13.17. jei pacientas atvyksta pagal siuntimą, išduotą ASPI arba jo padalinio, siuntimo jį gydyti stacionare priežastis nurodoma pagal siuntimo duomenis: **20 G langelyje** nurodomas ligos kodas, o **20 H langelyje** – ligos pavadinimas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“ – Australijos modifikaciją (toliau – TLK-10AM). Jei pacientą be siuntimo atgabena GMP brigada, siuntimo jį gydyti stacionare priežastis nurodoma 20 G ir 20 H langeliuose pagal GMP ligonio siuntimo (forma Nr. 114/a) duomenis;

13.18. langas „Hospitalizavimo tipas“ turi būti pildomas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymu Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. [55-1915](#)) arba Reglamento (EB) Nr. 883/2004 19 (1) straipsniu: žymimas (?) vienas iš dviejų laukelių – **21 A langelis** „būtinoji pagalba“ arba **21 B langelis** „kita“.

14. I dalies lentelę „Gydymo skyriuje (-iuose) duomenys“ pildo pacientą gydantis ir (ar) išrašantis iš stacionaro gydytojas. Ekonominis duomenis pildo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo. Šios lentelės viena eilutė skirta vienos tame pačiame skyriuje gydomam pacientui suteiktos paslaugos duomenims pateikti. Jei pacientas perkeliamas iš vieno skyriaus į kitą arba jei tame pačiame skyriuje baigus teikti vieną paslaugą pradedama teikti kita paslauga, pildoma nauja eilutė:

14.1. **22 skiltyje** „Atvykimo data (MM-mm-DD)“ turi būti rašoma paciento atvykimo į skyrių arba kitos paslaugos tame pačiame skyriuje teikimo pradžios data;

14.2. **23 skiltyje** „Išvykimo data (MM-mm-DD)“ turi būti rašoma paciento išvykimo iš skyriaus arba paslaugos teikimo pabaigos data;

14.3. **24 skiltyje** „Lovad.“ turi būti rašomas paslaugos teikimo skyriuje dienų (lovadienių) skaičius. Lovadienių skaičius apskaičiuojamas iš išvykimo datos atimant atvykimo datą. Jei pacientas atvyko ir išvyko iš skyriaus tą pačią dieną, šioje skiltyje rašomas skaičius „1“ (nurodomas 1 lovadienis);

14.4. **25 skiltyje** „Skyrius“ turi būti rašomas skyriaus pavadinimas, kuriame gydomas pacientas;

14.5. **26 skiltyje** „Paslaugos kodas“ turi būti rašomas pacientui suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (išskyrus aktyviojo gydymo) kodas pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatorių (toliau – Klasifikatorius), patvirtintą VLK direktoriaus 2005 m. birželio 30 d. Nr. 1K-81 įsakymu „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. [89-3363](#)). Teikiant aktyviojo gydymo paslaugas, šioje skiltyje nurodomas tik asmens, slaugančio vaiką (-us), paslaugos kodas;

14.6. **27 skiltyje** „TLK-10-AM“ turi būti rašomas pagrindinės diagnozės, pagal kurią skyriuje teikiama paslauga (išskyrus aktyviojo gydymo), kodas, vadovaujantis TLK-10-AM;

14.7. **28 skiltyje** „Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ turi būti rašomas gydančiojo (arba pacientą išrašiusio, arba perkėlusio į kitą skyrių) gydytojo vardas, pavardė ir gydytojo spaudo numeris (arba dedamas gydytojo spaudas);

14.8. **29 skiltyje** „Kaina %/Ap. lovad.“ turi būti nurodoma paslaugos bazinės kainos kompensuojamoji dalis procentais, vadovaujantis teisės aktų nustatyta tvarka. Jei už stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas mokama pagal faktinį lovadienių skaičių, šiame langelyje turi būti nurodomas lovadienių, už kuriuos turi mokėti teritorinė ligonių kasa, skaičius. Šioje skiltyje nurodant kompensuojamąją bazinės kainos dalį procentais, būtina laikytis šios sąlygos: jei vieno etapo metu teikiamos kelios tokios pačios transplantacijos paslaugos (žymimos tuo pačiu paslaugos kodu – jų kodas 26 skiltyje nurodomas tiek kartų, kiek buvo suteikta šių paslaugų), tik paskutinės iš šių paslaugų duomenų eilutės 29 skiltyje nurodoma kompensuojamoji bazinės kainos dalis procentais. Kiekvienos anksčiau suteiktos tos pačios paslaugos duomenų eilutės 29 skiltyje rašomas nulis;

14.9. **30 skiltyje** „Mokama suma (balais)“ turi būti rašoma už suteiktą paslaugą mokama suma balais, kuri apskaičiuojama Klasifikatoriuje nurodytą paslaugos bazinę kainą balais, galiojančią gydymo etapo paskutiniąją dieną, dauginant iš paslaugos bazinės kainos kompensuojamosios dalies procentais arba iš apmokamų lovadienių skaičiaus (jei mokama už lovadienius);

14.10. **31 skiltyje** „Etapo Nr.“ turi būti rašomas etapo numeris (du skaitmenys), nurodytas 32 langelyje;

14.11. duomenys apie vaiką slaugantį asmenį pateikiami I dalies lentelės „Gydymo skyriuje (-iuose) duomenys“ atskiroje eilutėje, prieš tai užpildžius vaiko duomenų eilutę (-es). Slaugančiojo asmens duomenų eilutės 26 skiltyje nurodomas paslaugos kodas, 31 skiltyje rašomas tas pats etapo numeris kaip ir vaiko duomenų eilutės (-čių) 31 skiltyje. Vaiko vieno gydymo etapo metu jį slaugančio asmens paslauga įrašoma vieną kartą (vaiką slaugančio asmens paslaugos teikimo data turi priklausyti tam pačiam etapui, kai buvo gydomas vaikas). Jei vieno etapo metu ši paslauga teikiama su pertraukomis, 29 skiltyje nurodomas suminis apmokamų lovadienių skaičius.

15. Dalį „Išrašymo duomenys“ pildo gydytojas, išrašantis pacientą iš stacionaro. Ekonominis šios dalies duomenis pildo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo:

15.1. **65 A langelyje** „Išrašymo data“ rašoma paciento išrašymo, perkėlimo arba mirties data (metai, mėnuo, diena), o **65 B langelyje** – išrašymo valanda ir minutės;

15.2. **66 langelyje** „Lovadieniai“ rašoma paciento gydymo stacionare trukmė. Lovadienių skaičius apskaičiuojamas iš išrašymo datos atimant hospitalizavimo datą. Jei pacientas atvyksta ir išvyksta tą pačią dieną, šioje skiltyje rašomas skaičius „1“ (nurodomas 1 lovadienis);

15.3. **67 langelyje** „Etapų skaičius“ rašomas gydymo etapų skaičius;

15.4. **68 langelyje** „Paciento priemokos“ rašoma (-os) paciento primokėta (-os) suma (-os) už jam gydyti skirtas medžiagas ir (ar) vaistus, ir (ar) procedūras bei tyrimus, ir (ar) tam tikras buvimo ASPĮ sąlygas, ir (ar) kita pagal Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnyje nurodytą tvarką. Iki 2014 m. gruodžio 31 d. šiame langelyje suma nurodoma litais, nuo 2015 m. sausio 1 d. – eurai;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

15.5. **69 langelyje** „Mokamos paslaugos“ rašoma (-os) paciento sumokėta (-os) suma (-os) už suteiktą (-as) paslaugą (-as) pagal Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ir kainas, patvirtintus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ (toliau – Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas ir kainos), ir (ar) paciento sumokėta (-os) suma (-os) už paslaugas, gautas ne eilės tvarka, ir (ar) kita pagal Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarką, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo

ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ (toliau – Mokamų paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka). Iki 2014 m. gruodžio 31 d. šiame langelyje suma nurodoma litais, nuo 2015 m. sausio 1 d. – eurai;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

15.6. **70 A langelis** „Mokama iš PSDF“ žymimas (?), kai gydymo išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka. **70 B langelyje** „Teritorinė ligonių kasa“ nurodoma gydymo išlaidas kompensuojanti teritorinė ligonių kasa. **70 C langelyje** „Bendra suma (balais)“ nurodoma bendra gydymo stacionare išlaidų suma balais, apskaičiuojama sudedant visų gydymo etapų išlaidas (kiekvieno gydymo etapo išlaidų suma nurodoma kortelės 63 langelyje).

III. KORTELĖS ANTROSIOS DALIES „ETAPO DUOMENYS“ PILDYMAS

16. Antrąją dalį „Etapo duomenys“ pildo pacientą gydantis ir (ar) išrašantis iš stacionaro gydytojas arba medicininės intervencijas atlikęs specialistas. Ekonominius šios dalies duomenis surašo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo. **32 langelyje** „Etapo Nr.“ eilės tvarka turi būti nurodomas gydymo etapo numeris (01, 02 ir t. t.) ir gydymo rūšis: A – aktyviojo gydymo paslauga, I – ilgalaikio gydymo paslauga, R – medicininė reabilitacija, T – transplantacijos paslauga. Jei keičiasi gydymo rūšis (baigiamas paciento aktyvusis gydymas ir pradedamas ilgalaikis gydymas arba medicininė reabilitacija, arba atliekama transplantacija ir t. t.), tai yra – pradedamas naujas gydymo etapas, pildoma nauja kortelės antroji dalis – joje rašomi jau kito gydymo etapo duomenys. Ilgalaikio gydymo atveju kortelės antroji dalis iš naujo pildoma pasibaigus kiekvienam kalendoriniam mėnesiui (žr. 37 langelio aprašymą).

17. **33 langelyje** „Ligos istorijos Nr.“ turi būti rašomas ligos istorijos numeris (atitinkantis 5 langelyje nurodytą ligos istorijos numerį).

18. Lange „Priverstinis gydymas“ turi būti žymimas (?) vienas iš trijų langelių: **34 A langelis** „taip“ žymimas, jei pacientui taikomas priverstinis gydymas Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka, **34 B langelis** „ne“ žymimas, jei pacientui netaikomas priverstinis gydymas, kitais atvejais žymimas **34 C langelis** „nežinoma“.

19. **35 A langelyje** „Etapo pradžios data“ turi būti rašoma etapo pradžios data (metai, mėnuo, diena), o **35 B langelyje** – etapo pradžios laikas (valanda ir minutės). Pirmojo etapo pradžios data ir laikas sutampa su hospitalizavimo data ir laiku. Kito etapo pradžios data ir laikas turi sutapti su ankstesnio etapo pabaigos data ir laiku.

20. Lange „Amžius“ turi būti pildomas vienas iš dviejų langelių: **36 A langelyje** „metai“ įrašomas asmens amžius metais (nuo 1 iki 124 metų) arba **36 B langelyje** „dienos“ – asmens amžius dienomis (nuo 1 iki 364/5 dienų). Amžius dienomis rašomas tik tuomet, jei pacientas yra jaunesnis nei vienerių metų. Amžius metais ir (arba) dienomis apskaičiuojamas iš hospitalizavimo datos atimant gimimo datą. Naujagimių, kurių gimimo data sutampa su hospitalizavimo data, amžius dienomis lygus 1, metais – 0. Pacientų, kurie neturi asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų, gimimo data gali būti nenurodoma, tačiau amžius dienomis arba metais turi būti įrašomas.

21. **37 langelis** „Išankstinio mokėjimo etapas“ žymimas (?) ilgalaikio gydymo atveju, jei pasibaigus kalendoriniam mėnesiui (už kurį ilgalaikio gydymo atveju teritorinė ligonių kasa atsiskaito kaip už vieną gydymo etapą) šis gydymas tęsiamas. Siekiant užtikrinti tolygų mokėjimą už suteiktas ilgalaikio gydymo paslaugas, kiekvieno kalendorinio mėnesio pabaigoje užpildoma kortelės I dalies lentelės „Gydymo skyriuje (-iuose) duomenys“ viena eilutė (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 ir 31 skiltys) ir visa kortelės II dalis „Etapo duomenys“ (surašomi ataskaitinio kalendorinio mėnesio duomenys). **56 A langelyje** „Išrašymo būdas“ nurodomas skaitmuo 8, reiškiantis, kad baigėsi išankstinio mokėjimo etapas. Pasibaigus paciento ilgalaikiam gydymui (pradėjus jam taikyti kitos rūšies gydymą arba jį išrašius), kortelė pildoma bendra tvarka, II dalyje nurodant paskutinio ilgalaikio gydymo etapo duomenis, tačiau 37 langelis jau nežymimas, t. y.

nenurodoma, kad tai išankstinio mokėjimo etapas.

22. **38 langelyje** „Svoris“ rašomas naujagimio (iki 28 dienų) svoris (100 g–9999 g) atvykimo į stacionarą metu. Šis langelis taip pat pildomas hospitalizuojant kūdikius iki vienerių metų, jei hospitalizavimo metu jų svoris mažesnis nei 2500 g.

23. Dalis „Klinikiniai ir ekonominiai duomenys“ pildoma taip:

23.1. lange „Pagrindinė diagnozė (TLK-10-AM)“ turi būti rašomas vienos diagnozės kodas (**39 A langelis**) ir pavadinimas (**39 B langelis**) pagal TLK-10-AM, atitinkantis pagrindinės diagnozės kriterijus, nurodytus Kodavimo standartuose (angl. *Australian Coding Standards – ACS*);

23.2. lange „Komplikacijos ir gretutinės ligos (TLK-10-AM, TLK-O)“ žymimas **40 A langelis** „Nepageidaujamas įvykis“, jeigu gydymo etapo metu įvyksta nepageidaujamas įvykis. Nepageidaujamas įvykis – nepageidaujamas padarinius pacientui galėjęs sukelti ar sukėlęs įvykis. Nepageidaujamą įvykį lemia daugelio aplinkybių tarpusavio sąveika, labiau – medicinos pagalbos teikimas ir organizavimas nei paciento liga ar būklė. **40 B langelyje** įrašomi visų komplikacijų ir gretutinių ligų kodai pagal TLK-10-AM, atitinkantys komplikacijų ir gretutinių ligų kriterijus, nurodytus Kodavimo standartuose. Taip pat šiame langelyje pagal TLK-10-AM nurodomas traumos (sužalojimo), apsinuodijimo ar kito nepageidaujamo poveikio išorinės priežasties kodas, įvykio vietos kodas ir veiklos, dėl kurios asmuo nukentėjo, kodas. Navikų morfologiniai kodai įrašomi pagal Tarptautinės onkologinių ligų klasifikacijos trečiąjį leidimą, t. y. pagal TLK-10-AM priedą A „Navikų morfologija“. Pildant vieno etapo duomenis, gali būti nurodoma iki 30 skirtingų komplikacijų ir gretutinių ligų;

23.3. II dalies lentelėje „Medicininės intervencijos“ pateikiama informacija apie pacientui atliktas medicininės intervencijas, vadovaujantis Medicininių intervencijų klasifikacija (angl. *The Australian Classification of Health Interventions – ACHI*). Šioje lentelėje gali būti nurodoma iki 30 medicininių intervencijų. Kiekviena medicininė intervencija aprašoma užpildant vieną lentelės eilutę;

23.4. **41 A skiltyje** „Data (MM-mm-DD)“ rašoma medicininės intervencijos atlikimo data, o **41 B skiltyje** „Laikas (hh:mm)“ – medicininės intervencijos pradžios atlikimo laikas, nurodant valandas ir minutes;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

23.5. **42 skilties** „Pagrind. med. interv.“ atitinkamas langelis žymimas (?) tik tuomet, kai 44 skiltyje nurodyta medicininė intervencija, atlikta vieno gydymo etapo metu, laikoma pagrindine. Jei vienu gydymo etapu atliekama tik viena medicininė intervencija, ji laikoma pagrindine. Jei vienu gydymo etapu atliekamos kelios medicininės intervencijos, pagrindine medicinine intervencija laikoma ta, kuri yra labiau gydomoji, o ne diagnostinė, ir yra labiau susijusi su pagrindine diagnoze;

23.6. **43 skiltyje** „ACHI kodas“ rašomas medicininės intervencijos kodas pagal Medicininių intervencijų klasifikaciją (ACHI), kurį sudaro septyni skaitmenys. Šioje skiltyje taip pat nurodomas medicininės intervencijos, atliktos gydymo etapo metu kitoje ASPI, kodas;

23.7. **44 skiltyje** „Pavadinimas“ rašomas medicininės intervencijos pavadinimas pagal Medicininių intervencijų klasifikaciją (ACHI);

23.8. **45 skiltis** „Paslaugos kodas“ pildoma tada, kai už procedūrą ar tyrimą, atliktą kortelę pildančioje ASPI, papildomai mokama PSDF biudžeto lėšomis teisės aktų nustatyta tvarka. Paslaugos kodas įrašomas pagal Klasifikatorių, nurodytą Taisyklių 14.5 papunktyje;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

23.9. **46 skiltyje** „Specialistas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ rašomas medicininę intervenciją atlikusio arba ją paskyrusio (jei medicininė intervencija atliekama kitoje ASPI) gydytojo (ar kito specialisto) vardas, pavardė ir spaudo numeris (arba dedamas specialisto spaudas);

23.10. **47 skiltyje** „Mokama suma (balais)“ rašoma medicininės intervencijos, tyrimo ar procedūros bazinė kaina balais (nurodyta Klasifikatoriuje), galiojanti etapo paskutinę dieną, jei už

juos papildomai mokama PSDF biudžeto lėšomis teisės aktų nustatyta tvarka;

23.11. **48 skiltyje** „Išlaidos kontrastui (balais)“ nurodoma tyrimui panaudotos kontrastinės medžiagos kaina balais. Jei gydymo etapas baigiasi iki 2014 m. gruodžio 31 d., kontrastinės medžiagos kaina balais prilyginama jos kainai litais. Jei gydymo etapas baigiasi po 2015 m. sausio 1 d., kontrastinės medžiagos kaina balais prilyginama jos kainai eurai;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

23.12. **49 skiltyje** „Atlikta kitoje ASPI“ atitinkamas langelis žymimas (?) tuomet, kai toje pačioje eilutėje nurodoma medicininė intervencija, atlikta kitoje ASPI arba kitos ASPI gydytojo pacientą hospitalizavusioje ASPI.

24. Jei pacientui suteikus ambulatorinę specializuotą paslaugą ir (ar) stebėjimo paslaugą, ir (ar) paslaugą priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje paaiškėja, kad jis turi būti gydomas stacionare ir jis iš karto hospitalizuojamas šias paslaugas suteikusioje ASPI, minėtų paslaugų išlaidos įskaičiuojamos į gydymo stacionare išlaidas, o pacientui atliktas medicininės intervencijas kortelėje registruoja jas atliekantis arba pacientą hospitalizuojantis gydytojas.

25. **50 langas** „Kraujas ir jo komponentai“ pildomas tada, jei gydymo etapo metu buvo taikomas gydymas krauju arba jo komponentais, o medicininių intervencijų lentelės 43 skiltyje nurodomas atitinkamas kodas pagal Medicininių intervencijų klasifikacijos (ACHI) 1893 kodų bloką „Kraujo ir jo produktų įvedimas“. Skiltyje „**Vnt.**“ nurodomas panaudotų kraujo komponentų, įvardytų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 30 d. įsakyme Nr. V-1090 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigos konservuoto kraujo ir jo komponentų panaudojimo metinės ataskaitos“ (Žin., 2010, Nr. [1-50](#)), vienetų skaičius.

26. **50 A langelyje** „Kraujo ir jo komponentų kainos koeficientas“ nurodomas vidutinės kraujo kainos (balais) ir aktyviojo gydymo atvejo bazinės kainos (balais) santykis (pildoma automatiškai).

27. **50 B langelyje** „Suma (balais), mokama už kraują ir jo komponentus“ nurodoma už kraują ir jo komponentus mokama suma balais (pildomas automatiškai).

28. **51 A langelyje** „Etapo pabaigos data“ turi būti rašoma etapo pabaigos data (metai, mėnuo, diena), o **51 B langelyje** – etapo pabaigos valanda ir minutės. Etapo pabaigos data turi sutapti su išrašymo data (jei pacientas išrašomas) arba kito gydymo etapo pradžios data (jei pradedamas kitas etapas).

29. **52 langelyje** „Lovadieniai“ turi būti nurodomas etapo lovadienių skaičius, apskaičiuojamas iš etapo pabaigos datos atimant šio etapo pradžios datą. Jei to paties etapo pradžios ir pabaigos datos sutampa, lovadienių skaičius lygus 1.

30. Lange „Dienos paslauga“ turi būti žymimas (?) vienas iš dviejų langelių: **53 A langelis** „ne“ arba **53 B langelis** „taip“. **53 B langelis** „taip“ žymimas, jei pacientas planine tvarka hospitalizuojamas ir išrašomas tą pačią dieną. Kitu atveju žymimas **53 A langelis** „ne“.

31. Langas „Siuntimas į medicininę reabilitaciją“ pildomas tada, jei pacientui išduodamas medicininės reabilitacijos, kurios išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, siuntimas: **54 A langelis** „ambulatorinę“ žymimas (?) tada, jei pacientui išduodamas ambulatorinės reabilitacijos siuntimas, o **54 B langelis** „stacionarinę“ – jei išduodamas stacionarinės reabilitacijos siuntimas.

32. Langas „Dienos chirurgija“ pildomas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymu Nr. V-668 „Dėl Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2009, Nr. [104-4363](#)): jei suteikta paslauga atitinka dienos chirurgijos teikimo reikalavimus, žymimas (?) **55 B langelis** „taip“, o **55 C langelyje** nurodomas dienos chirurgijos paslaugos grupės numeris (nuo I iki VI). Kitu atveju žymimas **55 A langelis** „ne“.

33. **56 A langelyje** „Išrašymo būdas“ turi būti nurodomas numeris pagal šį sąrašą:

- 1 – perkėlimas į kitą ligoninę dėl aktyviojo stacionarinio gydymo;
- 2 – perkėlimas į palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninę;
- 3 – perkėlimas į psichiatrijos ligoninę;

4 – perkėlimas į medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančią įstaigą dėl stacionarinės reabilitacijos;

5 – perkėlimas į kitą ligoninę, nenurodytą 1–4 punktuose;

6 – gydymo rūšies pasikeitimas toje pačioje ASPĮ;

7 – savavališkas išvykimas;

8 – išankstinio mokėjimo etapo pabaiga;

9 – mirtis;

10 – išrašymas namo arba kita (pvz., institucinė globos įstaiga, kūdikių namai, kardomojo kalinimo, laivės atėmimo vieta ir pan.).

Jei pasirenkamas išrašymo būdas, nurodytas 1–5 punktuose, papildomai pildomas langelis „Keliamas į ASPĮ“: **56 B langelyje** įrašomas ASPĮ (arba jos padalinio), į kurią perkeliamas pacientas, kodas pagal Juridinių asmenų registrą, o **56 C langelyje** – ASPĮ (arba jos padalinio) pavadinimas. Skaitmuo „6“, reiškiantis gydymo rūšies pasikeitimą, rašomas, jei paciento gydymo stacionare metu pasikeičia gydymo rūšis: po aktyviojo gydymo taikomas ilgalaikis gydymas arba medicininė reabilitacija, arba transplantacija, ir atvirkščiai.

34. Lange „Pagrindinė patologoanatominė diagnozė (TLK-10-AM)“ nurodomas pagrindinės patologoanatominės diagnozės kodas (**57 A langelis**) ir ligos pavadinimas pagal TLK-10-AM (**57 B langelis**). Šiuos langelius pildo skrodimą atliekantis gydytojas arba pacientą gydęs gydytojas pagal patologinio tyrimo protokolo duomenis.

35. **58 langelyje** „Patologoanatominės diagnozės: komplikacijos ir gretutinės ligos (TLK-10-AM, TLK-O)“ įrašomi skrodimo metu nustatytų komplikacijų ir gretutinių ligų kodai pagal TLK-10-AM. Taip pat įrašomi navikų morfologiniai kodai pagal Tarptautinės onkologinių ligų klasifikacijos trečiąją leidimą – TLK-10-AM priedą A „Navikų morfologija“. Šiuos langelius pildo skrodimą atliekantis gydytojas arba pacientą gydęs gydytojas pagal patologinio tyrimo protokolo duomenis.

36. **59, 60, 61 ir 62 langeliai** pildomi taikant centralizuotą paslaugų grupavimą, jei gydymo rūšiai priskiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos grupuojamos pagal DRG metodą. **59 langelyje** „DRG grupė“ nurodomas DRG grupės keturių ženklų kodas, **60 langelyje** „Pavadinimas“ – DRG grupės pavadinimas, **61 langelyje** „Koeficientas“ – DRG grupės koeficientas, **62 langelyje** „Kaina (balais)“ – vieno gydymo etapo kaina balais.

37. **61 A langelyje** „Bendras kainos koeficientas“ nurodoma DRG grupės koeficiento, kraujo ir jo komponentų kainos koeficiento, medicinos pagalbos priemonės (toliau – MPP) kainos koeficiento ir chemoterapinių vaistų kainos koeficiento suma (sudedami 61, 50 A, 80 ir 87 langeliuose nurodyti koeficientai) (pildoma automatiškai).

38. **62 A langelyje** „Bendra faktinė aktyviojo gydymo kaina (balais)“ nurodoma bendra faktinė aktyviojo gydymo atvejo kaina (sudedamos 50 B, 62, 81, 88 langeliuose nurodytos sumos).

39. **63 langelyje** „Suma (balais), mokama už gydymo etapą“ nurodoma gydymo etapo išlaidų suma balais (sudedamos 30, 47, 48 ir 62 A langeliuose nurodytos sumos).

40. **64 langelyje** „Pateikta“ nurodoma gydymo etapo duomenų arba kortelės (paciento išrašymo atveju) pateikimo teritorinei ligonių kasai elektroniniu būdu data.

41. Pacientą išrašantis gydytojas, baigęs pildyti kortelę ir patikrinęs, ar visi langeliai užpildyti teisingai, **71 langelyje** turi nurodyti savo vardą, pavardę, spaudo numerį ir pasirašyti. Jei išrašymo būdas **56 A langelyje** nurodomas skaitmeniu „6“ (gydymo rūšies pasikeitimas toje pačioje ASPĮ) arba skaitmeniu „8“ (išankstinio mokėjimo etapo pabaiga), gydytojas nurodo paciento gydymo ir etapo duomenis, išskyrus išrašymo duomenis.

42. **72 langelyje** „Atsakingasis asmuo, parašas“ turi pasirašyti asmuo, atsakingas už kortelės duomenų, įskaitant ekonominius duomenis, pildymą (įstaigos vadovo įgaliotas asmuo).

IV. KORTELĖS TREČIOSIOS DALIES „MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONĖS IR VAISTAI, TURINTYS ĮTAKOS GYDYMO KAINAI“ PILDYMAS

43. Trečiąją dalį „Medicinos pagalbos priemonės ir vaistai, turintys įtakos gydymo kainai“ pildo pacientą gydantis ir (ar) išrašantis iš stacionaro gydytojas arba medicininės intervencijas atliekantis

gydytojas. Ekonominis šios dalies duomenis surašo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo. **73 langelyje** „Etapo Nr.“ nurodomas etapo numeris (atitinkantis 32 langelyje nurodytą etapo numerį).

44. **74 langelyje** „Ligos istorijos Nr.“ rašomas ligos istorijos numeris (atitinkantis 5 langelyje nurodytą ligos istorijos numerį).

45. III dalies lentelėje „Medicinos pagalbos priemonės (MPP), naudojamos intervencinės radiologijos procedūroms atlikti“ pateikiama informacija apie MPP, panaudotas pacientui gydyti:

45.1. **75 skiltyje** „Data (MM-mm-DD)“ nurodoma atitinkamos MPP panaudojimo data;

45.2. **76 skiltyje** „Kodas“ nurodomas MPP kodas pagal Medicinos pagalbos priemonių klasifikatorių, tvarkomą VLK;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

45.3. **77 skiltyje** „Pavadinimas“ nurodomas MPP pavadinimas pagal Medicinos pagalbos priemonių klasifikatorių, tvarkomą VLK;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

45.4. **78 skiltyje** „Gydytojas“ (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ atitinkamos MPP eilutėje rašomas gydytojo, skyrusio pacientui MPP, vardas, pavardė ir gydytojo spaudo numeris arba dedamas gydytojo spaudas;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

45.5. **79 skiltyje** „Mokama suma (balais)“ nurodoma atitinkamos MPP kaina (balais) pagal Medicinos pagalbos priemonių klasifikatorių, tvarkomą VLK (pildoma automatiškai). Mokama suma (balais) automatiškai įrašoma šioje skiltyje tik pirmą kartą nurodant panaudotos MPP kodą ir pavadinimą (76 ir 77 skiltyse). Kiekvieną kitą kartą nurodant tokią pačią MPP, skirtą tuo pačiu gydymo etapu, skiltyje „Mokama suma (balais)“ automatiškai bus nurodomas nulis.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

46. **80 langelyje** „MPP kainos koeficientas“ nurodomas MPP, panaudotos pacientui gydyti, kainos (balais) ir aktyviojo gydymo atvejo bazinės kainos (balais) santykis (pildoma automatiškai).

47. **81 langelyje** „Suma (balais), mokama už MPP“ nurodoma suma (balais), mokama už panaudotas MPP (pildoma automatiškai).

48. III dalies lentelėje „Chemoterapiniai ir kiti vaistai“ pateikiami duomenys apie pacientui skirtus chemoterapinius ir kitus vaistus, įtrauktus į Chemoterapinių ir kitų vaistų klasifikatorių, tvarkomą VLK. Duomenys apie kiekvieną vaistą pateikiami atskiroje eilutėje:

48.1. **82 skiltyje** „Data (MM-mm-DD)“ rašoma data, kai buvo pradėtas vartoti chemoterapinis ar kitas vaistas;

48.2. **83 skiltyje** „Kodas“ nurodomas chemoterapinio ar kito vaisto kodas pagal Chemoterapinių ir kitų vaistų klasifikatorių, tvarkomą VLK;

48.3. **84 skiltyje** „Pavadinimas“ nurodomas chemoterapinio ar kito vaisto pavadinimas pagal Chemoterapinių ir kitų vaistų klasifikatorių, tvarkomą VLK;

48.4. **85 skiltyje** „Gydytojas“ (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ rašomas vaistą skyrusio arba gydančiojo gydytojo vardas, pavardė ir gydytojo spaudo numeris arba dedamas gydytojo spaudas;

48.5. **86 skiltyje** „Mokama suma (balais)“ nurodoma vaisto, kuriuo buvo gydomas pacientas, kaina (balais) pagal Chemoterapinių ir kitų vaistų klasifikatorių, tvarkomą VLK (pildoma automatiškai). Mokama suma (balais) automatiškai įrašoma šioje skiltyje tik pirmą kartą nurodant suvartoto vaisto kodą ir pavadinimą (83 ir 84 skiltyse). Kiekvieną kitą kartą nurodant tokį patį vaistą, skirtą tuo pačiu gydymo etapu, skiltyje „Mokama suma (balais)“ automatiškai bus nurodomas nulis.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

49. **87 langelyje** „Vaistų kainos koeficientas“ įrašomas koeficientas, parodantis chemoterapinių ir kitų vaistų, įtrauktų į Chemoterapinių ir kitų vaistų klasifikatorių, tvarkomą VLK, kainos (balais) ir aktyviojo gydymo atvejo bazinės kainos (balais) santykį (pildoma automatiškai).

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

50. **88 langelyje** „Suma (balais), mokama už vaistus“ nurodoma suma balais, mokama už pacientui skirtus chemoterapinius ir kitus vaistus, įtrauktus į Chemoterapinių ir kitų vaistų klasifikatorių, tvarkomą VLK (pildoma automatiškai).

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

V. KORTELĖS KETVIRTOSIOS DALIES „CENTRALIZUOTAI PERKAMI VAISTAI IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONĖS“ PILDYMAS

51. IV dalies lentelėje „Centralizuotai perkami vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ pateikiami duomenys apie pacientui gydyti panaudotus centralizuotai perkamus MPP ar skirtus vaistus. Duomenys apie kiekvieną MPP ar vaistą pateikiami atskiroje eilutėje:

51.1. **89 skiltyje** „Data (MM-mm-DD)“ rašoma data, kai pacientas buvo pradėtas gydyti centralizuotai perkamais vaistais ar MPP;

51.2. **90 skiltyje** „Vaisto arba MPP NPAKID“ nurodomas centralizuotai perkamo vaisto arba MPP, kuriais buvo gydomas pacientas, identifikavimo kodas pagal Kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių klasifikatorių, tvarkomą VLK;

51.3. **91 skiltyje** „CP straipsnis“ nurodomas centralizuoto pirkimo straipsnio kodas pagal Centralizuotų pirkimų straipsnių klasifikatorių, tvirtinamą VLK direktoriaus įsakymu;

51.4. **92 skiltyje** „Vaisto arba MPP pavadinimas“ rašomas pacientui skirtu centralizuotai perkamo vaisto arba MPP pavadinimas;

51.5. **93 skiltyje** „Matas“ nurodomas pacientui skirtu centralizuotai perkamo vaisto arba MPP matas (pvz., „tab.“, „but.“ ir t. t.);

51.6. **94 skiltyje** „Kiekis“ nurodomas pacientui skirtu centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kiekis;

51.7. **95 skiltyje** „Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ rašomas vaistą skyrusio arba gydančiojo gydytojo vardas, pavardė ir gydytojo spaudo numeris arba dedamas gydytojo spaudas;

51.8. **96 skiltyje** „Kaina“ rašoma pacientui skirtu centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kaina: jei gydymo etapas baigiasi iki 2014 m. gruodžio 31 d., ši kaina nurodoma litais, jei po 2015 m. sausio 1 d. – eurai. Ši skiltis pildoma automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu. Centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kaina skaičiuojama pagal jų deklaruojamąją kainą (skelbiamą Kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių klasifikatoriuje), galiojusią pirmąją gydymo šiuo vaistu ar MPP dieną.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

VI. KORTELĖS PATEIKIMAS

52. ASPI užpildytą kortelę pateikia tai teritorinei ligonių kasai, kurios veiklos zonoje yra:

52.1. PAASPI, prie kurios pacientas yra prisirašęs;

52.2. paslaugą suteikusi ASPI – jei asmuo neidentifikuotas ar neprisirašęs prie PAASPI;

52.3. PAASPI, prie kurios yra prisirašiusi kūdikio motina – jei stacionarinė asmens sveikatos priežiūros paslauga suteikiama neregistruotam Gyventojų registre naujagimiui.

53. Kortelėje nurodyti gydymo etapo duomenys priskiriami tam ataskaitiniam laikotarpiui (ataskaitinis laikotarpis – kalendorinis mėnuo), kurio metu baigiasi gydymo etapas. Kortelę pateikiama

teritorinei ligonių kasai ne vėliau kaip iki kito mėnesio 10 dienos. Jei kortelė nepateikiama laiku, ASPĮ ją gali pateikti teritorinei ligonių kasai tik abiejų šalių raštišku sutikimu.

54. Teritorinė ligonių kasa patikrina ir patvirtina ASPĮ pateiktas korteles bei pagal jas parengtas ekonomines ataskaitas, kurių formos tvirtinamos VLK direktoriaus įsakymu.

VII. KORTELĖS TIKSLINIMO IR ANULIAVIMO TVARKA

55. Pasibaigus ataskaitiniam laikotarpiui ir pateikus teritorinei ligonių kasai ekonomines ataskaitas, kortelių ir ekonominių ataskaitų duomenys gali būti keičiami tik abiejų šalių raštišku sutikimu.

56. Kortelė tikslinama, jei pateikiami klaidingi duomenys apie pacientą ir jam suteiktas paslaugas. Jei tikslinami vieno kurio nors etapo duomenys, teritorinei ligonių kasai turi būti pateikta patikslinta kortelė su visų etapų duomenimis. Naujo etapo registravimas nebaigtoje pildyti kortelėje nelaikomas kortelės tikslinimu.

57. Kortelė anuliuojama, jei joje nurodytos stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos nebuvo suteiktos arba buvo suteiktos ne tam asmeniui, kurio kortelė pateikiama teritorinei ligonių kasai.

58. Dėl kortelės tikslinimo ar anuliavimo ASPĮ kreipiasi į teritorinę ligonių kasą raštu. Kortelės ekonominiai duomenys gali būti tikslinami einamaisiais biudžetiniais metais. Kortelės klinikiniai duomenys gali būti tikslinami jos saugojimo laikotarpiu, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos atskaitomybės tvarkos“ (Žin., 1999, Nr. [103-2972](#)). Teritorinė ligonių kasa informuoja ASPĮ apie leidimą tikslinti ar anuluoti kortelės duomenis.

Formos pakeitimai:

Nr. [V-532](#), 2011-05-26, Žin., 2011, Nr. 65-3053 (2011-05-28), i. k. 1112250ISAK000V-532

Nr. [V-1106](#), 2011-12-23, Žin., 2011, Nr. 162-7695 (2011-12-30), i. k. 1112250ISAK000V-1106

Nr. [V-483](#), 2013-05-13, Žin., 2013, Nr. 52-2608 (2013-05-21), i. k. 1132250ISAK000V-483

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2013 m. sausio 15 d. įsakymo Nr. V-39
redakcija)

FORMOS NR. 025/A-LK „ASMENS AMBULATORINIO GYDYMO STATISTINĖ KORTELĖ“ PILDYMO, PATEIKIMO IR TIKSLINIMO TAISYKLĖS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Formos Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“ pildymo, pateikimo ir tikslinimo taisyklės (toliau – Taisyklės) nustato formos Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“ (toliau – kortelė) pildymo, pateikimo teritorinei ligonių kasai (toliau – TLK) ir tikslinimo tvarką.

2. Taisyklės parengtos vadovaujantis 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamentu (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje (OL 2004 m. *specialusis leidimas*, 5 skyrius, 1 tomas, p. 35), 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo (OL 2004 m. *specialusis leidimas*, 5 skyrius, 5 tomas, p. 72) (toliau – Reglamentas (EB) Nr. 883/2004), Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (Žin., 1996, Nr. [66-1572](#); 1998, Nr. [109-2995](#)) 10 ir 16 straipsniais, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)) 9 straipsniu ir kitais teisės aktais.

3. Kortelė pildoma asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPI), teikiančiose pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (įskaitant pirminės ambulatorinės odontologinės ir psichikos sveikatos priežiūros) paslaugas bei specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ambulatorinės reabilitacijos, ambulatorines brangiųjų tyrimų ir procedūrų, dienos stacionaro, priėmimo-skubiosios pagalbos ir stebėjimo paslaugas. Kortelė nepildoma greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugas teikiančiose ASPI, išskyrus tuos atvejus, kai teikiama transportavimo paslauga dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo bei laikotarpio po gimdymo patologijos. Už kortelės duomenų teisingumą atsako ją pildanti ASPI.

4. Kortelę pildo gydytojai ir asmenys, atsakingi už ekonominių duomenų pateikimą. Kortelę gali pildyti ir kiti specialistai, teisės aktų nustatyta tvarka turintys teisę savarankiškai teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

5. Kortelė pradedama pildyti, kai registruojamas pirmasis paciento apsilankymas pas specialistą dėl konkrečios priežasties.

6. Kortelė baigiama pildyti, kai:

6.1. registruojamas paskutinis paciento apsilankymas dėl tos pačios priežasties (po kurio nėra vienas specialistas nebeįrašo kito apsilankymo);

6.2. pacientas atsisako toliau gydytis;

6.3. pacientas neatvyksta dėl nežinomų priežasčių;

6.4. pacientas miršta;

6.5. paciento apsilankymas numatomas ne anksčiau kaip po 30 dienų;

6.6. praeina 30 dienų nuo kortelės pildymo pradžios – jei pacientas toliau ambulatoriškai gydomas, pradedama pildyti kita kortelė.

7. ASPI užpildytą kortelę pateikia tai TLK, kurios veiklos zonoje yra:

7.1. pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – PAASPI), prie kurios pacientas buvo prisirašęs pradedant pildyti kortelę;

7.2. paslaugą suteikusi ASPI – jei pacientas neidentifikuotas ar neprisirašęs prie PAASPI;

7.3. PAASPI, prie kurios yra prisirašiusi kūdikio motina, – jei asmens sveikatos priežiūros

paslauga suteikiama Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registre (toliau – Draudžiamųjų registras) neregistruotam naujagimiui.

8. Kortelių duomenys pateikiami TLK elektroniniu būdu – šie duomenys įvedami į privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą „Sveidra“ (toliau – informacinė sistema „Sveidra“). ASPI kortelių duomenis gali kaupti pildydama popierinę kortelės formą ir (arba) šiuos duomenis įvesdama į ASPI informacinę sistemą.

9. Kortelėje nurodyti duomenys priskiriami tam ataskaitiniam laikotarpiui (ataskaitinis laikotarpis – kalendorinis mėnuo), kurį baigiama pildyti kortelę, nepaisant to, kad į ją yra įrašyti ir ankstesnio ataskaitinio laikotarpio paciento apsilankymai. Kortelę pateikiama TLK ne vėliau kaip iki kito mėnesio 10 dienos. Jei kortelę nepateikiama laiku, ASPI ją gali pateikti TLK tik abiejų šalių raštišku sutikimu.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-711](#), 2013-07-22, Žin., 2013, Nr. 82-4092 (2013-07-27), i. k. 1132250ISAK000V-711

10. TLK patikrina ir patvirtina ASPI pateiktas korteles.

II. KORTELĖS STRUKTŪRA

11. Kortelę apima statistinius ir ekonominius duomenis, būtinus statistinei analizei atlikti, asmens sveikatos priežiūros paslaugos kainai apskaičiuoti ir ataskaitoms sudaryti. Kortelę sudaro 5 dalys:

- 11.1. I dalis „Bendroji dalis“;
- 11.2. II dalis „Galutinės (patikslintos) diagnozės“;
- 11.3. III dalis „Apsilankymai“;
- 11.4. IV dalis „Baigiamoji dalis“;
- 11.5. V dalis „Gydytojų įrašai“.

12. Viena ar kelios kortelės dalys pildomos tam tikros formos lape. III dalis „Apsilankymai“ gali būti trijų skirtingų formų (A, B, C). Į informacinę sistemą „Sveidra“ visos ASPI pateikia tik A formos III dalies „Apsilankymai“ duomenis.

13. ASPI savo reikmėms gali pildyti ir kitokios formos (B ar C) III dalį „Apsilankymai“. B ir C formų III dalis „Apsilankymai“ apima ir papildomus (pridėtinius) lapus, kuriuose pateikiamos atskiros duomenų apie apsilankymus (duomenų apie intervencijas, centralizuotai perkamus vaistus ir medicinos pagalbos priemones), paciento priemokas bei mokamas paslaugas) lentelės. Visų formų III dalyje „Apsilankymai“ tos pačios skiltys ir langeliai žymimi tais pačiais numeriais.

14. ASPI turi užtikrinti, kad jos naudojamos formos kortelėje būtų visos kortelės paskirtį atitinkančios ir atitinkamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms nurodyti būtinos dalys, skyriai, skiltys, eilutės ir langeliai, nustatyti Taisyklėse, kad dalių, skyrių, skilčių, eilučių ir langelių numeriai būtų tokie patys kaip standartinės formos kortelėje, kad atitinkami skyriai, skiltys ir langeliai būtų priskirti Taisyklėse nurodytoms kortelės dalims.

15. ASPI pagal savo poreikius gali kortelėje numatyti papildomus duomenų langelius (ar skiltis) arba panaikinti tam tikrus langelius (ar skiltis), jei Taisyklėse nustatyta, kad atitinkamos paskirties kortelėje jie nepildomi. II ir III dalių lentelėse (apsilankymų, intervencijų, mokamų paslaugų ir paciento priemokų, centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, diagnozių) eilučių skaičius gali būti kitoks nei standartinės formos kortelėje. Papildomi duomenys, kuriuos ASPI pagal savo poreikius įtraukia į kortelę, informacinei sistemai „Sveidra“ neteikiami.

16. Jei pildant III dalį „Apsilankymai“ pritrūksta vietos, gali būti pildomas tos pačios formos naujas lapas (jame nurodomas kortelės numeris ir susijusio dokumento numeris).

17. V dalies „Gydytojų įrašai“ duomenys informacinei sistemai „Sveidra“ neteikiami.

III. KORTELĖS PILDYMO TAISYKLĖS

18. I dalies „Bendroji dalis“ 1 A ir 1 B langeliai, 2 langelis „Paskirtis“, 3 langelis „Kortelės Nr.“, 4 langelis „Susijusio dokumento Nr.“, 5 A langelis „Pirminė“ ir skyrius „Bendrieji asmens

duomenys“ pildomi registruojant pacientą asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti. Skyrius „Bendrieji asmens duomenys“ pildomas remiantis paciento pateikta informacija ir dokumentais (šiuos duomenis gali koreguoti pacientui asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis specialistas).

19. **1 A ir 1 B langelių** grupės „ASPI“ **1 A langelyje** turi būti įrašomas ASPI arba jos padalinio, teikiančio asmens sveikatos priežiūros paslaugą, kodas pagal Juridinių asmenų registrą, **1 B langelyje** turi būti įrašomas šios ASPI arba jos padalinio, teikiančio paslaugą, pavadinimas pagal Juridinių asmenų registrą.

20. **2 langelyje** „Paskirtis“ nurodomas skaičius, žymintis atitinkamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pagal šį sąrašą:

20.1. „1“ – pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (įskaitant pirminės ambulatorinės odontologinės ir psichikos sveikatos priežiūros) paslaugos, specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos bei brangieji tyrimai ir procedūros (skaitmeniu „1“ žymima bendrosios paskirties kortelė);

20.2. „2“ – psichikos sveikatos priežiūros paslaugos;

20.3. „3“ – priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus paslaugos;

20.4. „4“ – dienos stacionaro paslaugos;

20.5. „5“ – odontologijos paslaugos;

20.6. „6“ – III etapo ambulatorinės reabilitacijos paslaugos;

20.7. „7“ – kitų grupių paslaugos.

21. ASPI gali vienu metu pradėti pildyti kelias to paties paciento korteles, **2 langelyje** „Paskirtis“ nurodydama skaitmenį „1“ arba „7“, jei ASPI nustatyta tvarka tam tikros paslaugos turi būti registruojamos atskiroje kortelėje. ASPI nustatyta tvarka bendrosios paskirties kortelėje gali būti nurodomos ne tik paslaugos, išvardytos Taisyklių 20.1 punkte, bet ir paslaugos, atitinkančios skaitmenimis „2“, „4“ ir „5“ žymimą kortelės paskirtį.

22. Jei **2 langelyje** „Paskirtis“ nurodomi skaitmenys „3“ arba „6“, toje pačioje ASPI tuo pačiu metu gali būti pildoma tik viena to paties paciento šiuos skaitmenis atitinkančios paskirties kortelė.

23. **3 langelyje** „Kortelės Nr.“ nurodomas kortelės numeris. Kortelei numeris suteikiamas centralizuotai jos užregistravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu. Kortelės numerio 4 skaitmenys atitinka metus, kuriais pacientui suteikiama paslauga, 7 skaitmenys atitinka informacinės sistemos „Sveidra“ centralizuotai ASPI suteikiamą nuoseklų kortelės numerį, dar 2 skaitmenys rašomi, jei kortelė tikslinama arba anuliuojama. Jei kortelė tikslinama pirmą kartą, rašomi skaitmenys 01, jei kortelė tikslinama antrą kartą – 02 ir t. t. Jei kortelė anuliuojama, rašomi skaitmenys 99.

24. **4 langelyje** „Susijusio dokumento Nr.“ nurodomas ambulatorinės asmens sveikatos istorijos numeris arba kito, susijusio su paciento gydymu, dokumento numeris. Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose, kai **2 langelyje** „Paskirtis“ nurodomas skaitmuo „3“, **4 langelis** nepildomas arba įrašomas ASPI suteiktas kortelės numeris.

25. **5 A langelis** „Pirminė“ turi būti žymimas (?) pirmą kartą pildant paciento kortelę.

26. **5 B langelis** „Tikslinamoji“ žymimas (?) tikslinant pirminę kortelę.

27. **5 C langelis** „Anuliuojamoji“ žymimas (?) anuliuojant pirminę kortelę.

28. **6 langelis** „Tikslinamos pirminės kortelės Nr.“ pildomas tikslinant arba anuliuojant kortelę – įrašomas pirminės kortelės numeris.

29. **I dalies „Bendroji dalis“ skyrius „Bendrieji asmens duomenys“** pildomas taip:

29.1. **7 langelyje** „Asm. kodas“ rašomas paciento asmens kodas pagal asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą. Išimtis, kai šis langelis nepildomas, priskiriama:

29.1.1. kūdikis iki 3 mėnesių, neturintis asmens identifikavimo dokumentų;

29.1.2. užsienietis, kuriam nesuteiktas asmens kodas Lietuvos Respublikos gyventojų registre (toliau – Gyventojų registras);

29.1.3. neidentifikuotas asmuo – langelis gali būti nepildomas tik tuomet, kai **2 langelyje** „Paskirtis“ įrašomas skaitmuo „3“;

30. **8 langelyje** „Motinos asm. kodas“ rašomas kūdikio motinos asmens kodas. Pildoma tik

tuo atveju, jeigu kūdikis yra iki 3 mėnesių ir neturi asmens identifikavimo dokumentų.

31. **9 langelyje** „DIK“ įrašomas draudžiamojo identifikavimo kodas pagal Draudžiamųjų registrą.

32. **10 langelis** „Vardas“ ir **11 langelis** „Pavardė“ pildomi pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų duomenis ir turi sutapti su Draudžiamųjų registro duomenimis. Išimtis priskiriamas:

32.1. kūdikis iki 3 mėnesių, neturintis asmens identifikavimo dokumentų. Šiuo atveju 8 langelyje „Motinos asm. kodas“ nurodomas įgaliotojo asmens (motinos) kodas;

32.2. užsienietis, kuriam nesuteiktas asmens kodas Gyventojų registre ir kuris neįregistruotas Draudžiamųjų registre;

32.3. neidentifikuotas asmuo – langelis nepildomas arba įrašomas asmens nurodytas vardas ir pavardė arba jį lydinčių asmenų nurodytas asmens vardas ir pavardė.

33. **12 langelis** „Nuolatinis LR gyventojas“ žymimas (?), jei pacientas yra nuolatinis Lietuvos Respublikos gyventojas pagal Draudžiamųjų registrą. Požymis nustatomas ir užpildomas automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu.

34. **13 langelyje** „Gimimo data“ pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų duomenis įrašomi paciento gimimo metai, mėnuo ir diena. Šiame langelyje įrašyta gimimo data turi sutapti su Draudžiamųjų registre nurodyta gimimo data. Neregistruotų naujagimių gimimo data įrašoma pagal medicinos dokumentuose nurodytą gimimo datą. Neidentifikuoto asmens gimimo data nenurodoma arba įrašoma jo paties nurodyta gimimo data arba lydinčiųjų asmenų nurodyta jo gimimo data.

35. **14 langelyje** „Lytis“ nurodoma paciento lytis pagal Draudžiamųjų registro duomenis. Šio langelio duomenis prireikus galima koreguoti, įrašant vieną iš keturių skaitmenų: 1 – vyriškoji, 2 – moteriškoji, 3 – hermafroditas arba neaiškos lyties, 9 – nežinoma. Langelis pildomas pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų arba medicinos dokumentų duomenis.

36. **15 A ir 15 B langelių** grupėje „Amžius“ pildomas vienas iš dviejų – 15 A arba 15 B – langelis (jeigu pildoma įtraukto į Draudžiamųjų registrą asmens kortelė, 15 A langelis „metai“ ir 15 B langelis „dienos“ duomenys apskaičiuojami ir užpildomi automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu):

36.1. **15 A langelyje** „metai“ įrašomas paciento amžius metais (nuo 1 iki 124 metų);

36.2. **15 B langelyje** „dienos“ įrašomas paciento amžius dienomis (nuo 1 iki 364/5 dienų). Amžius dienomis rašomas tik tuomet, jei pacientas yra jaunesnis nei vienerių metų. Amžius metais ir (arba) dienomis apskaičiuojamas iš kortelės pildymo pradžios datos atimant gimimo datą. Naujagimių, kurių gimimo data sutampa su kortelės pildymo pradžios data, amžius lygus 1 dienai. Pacientų, kurie neturi asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų, gimimo data gali būti nenurodoma, tačiau amžius dienomis arba metais turi būti įrašomas.

37. **16 langelyje** „Tel.“ įrašomas paciento nurodytas telefono numeris.

38. **17 A, 17 B, 17 C, 17 D ir 17 E langelių** grupė „Adresas“ skirta paciento gyvenamosios vietos adresui nurodyti:

38.1. **17 A langelyje** „valstybė“ nurodoma valstybė, kurioje pacientas gyvena;

38.2. **17 B langelis** „kaimas“ žymimas (?), jei pacientas gyvena kaime;

38.3. **17 C langelis** „miestas“ žymimas (?), jei pacientas gyvena mieste;

38.4. **17 D langelyje** „savivaldybė“ įrašomas savivaldybės kodas;

38.5. **17 E langelyje** nurodoma gatvė, namo numeris, buto numeris, kaimo, miesto arba rajono pavadinimas. Jei pildoma užsieniečio, neregistruoto Draudžiamųjų registre, kortelė, nurodoma gyvenamosios vietos valstybė. Jei Draudžiamųjų registre nurodyta gyvenamoji vieta nesutampa su paciento nurodyta gyvenamąja vieta, adreso duomenys koreguojami, nurodant faktinį gyvenamosios vietos adresą.

39. **18 A ir 18 B langelių** grupė „PAASPI“ skirta PAASPI, prie kurios pacientas yra prisirašęs, arba jos padalinio, jei pacientas prie jo prisirašęs, duomenims nurodyti (**18 A ir B langeliai** užpildomi automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu. Draudžiamųjų registre neregistruoto naujagimio kortelėje nurodoma PAASPI, prie kurios yra prisirašiusi naujagimio motina):

39.1. **18 A langelyje** įrašomas PAASPI arba jos padalinio kodas pagal Juridinių asmenų registrą;

39.2. **18 B langelyje** nurodomas PAASPI arba jos padalinio pavadinimas.

40. **19 A, 19 B, 19 C, 19 D, 19 E ir 19 F langelių** grupėje „Draustumas“:

40.1. pažymimas (?) vienas iš trijų langelių: **19 A langelis** „apdraustas PSD“, **19 B langelis** „apdraustas ES, EEE šalyje ar Šveicarijoje“ arba **19 C langelis** „kita“. 19 A langelis „apdraustas PSD“ ir 19 C langelis „kita“ užpildomi automatiškai pagal Draudžiamųjų registro duomenis kortelės pildymo pradžios dieną (data, kai kortelė pradedama pildyti, nurodoma 20 langelyje). 19 A langelio ar 19 C langelio duomenys gali nesutapti su III dalies „Apsilankymai“ lentelių 42 skilties „Iš PSDF“ duomenimis, nes ši skiltis pildoma automatiškai pagal Draudžiamųjų registro duomenis apsilankymo registravimo dieną, nurodytą III dalies „Apsilankymai“ 32 skiltyje „Apsilankymo data“. Duomenys apie Lietuvos Respublikos gyventojų privalomąjį sveikatos draudimą turi atitikti Draudžiamųjų registro duomenis, o duomenys apie užsieniečių, apdraustų ES, EEE šalyje ar Šveicarijoje, draudimą – šių asmenų pateiktų dokumentų, patvirtinančių draudimą, duomenis kortelės pildymo pradžios dieną;

40.2. **19 D langelyje** „apdraudusioji valstybė“ įrašoma valstybė, kurioje pacientas yra apdraustas. 19 D langelis pildomas tuo atveju, jei pažymimas 19 B langelis „apdraustas ES, EEE šalyje ar Šveicarijoje“;

40.3. **19 E langelyje** „draudimo dokumentas“ įrašomas skaičius, žymintis draudimą ir teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas patvirtinantį dokumentą pagal šį sąrašą: 1 – Europos sveikatos draudimo kortelė; 2 – sertifikatas, laikinai pakeičiantis Europos sveikatos draudimo kortelę; 3 – E 112 formos pažyma; 4 – E 123 formos pažyma; 5 – S2 formos dokumentas; 6 – DA1 formos dokumentas; 9 – kitas dokumentas. Skaitmenimis „1“ ir „2“ žymimi dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 19 (1) straipsnyje numatytą medicinos pagalbą, jei ji būtina dėl asmens sveikatos būklės lankymosi Lietuvoje metu, atsižvelgiant į numatomą buvimą Lietuvoje trukmę. Skaitmenimis „3“ ir „5“ žymimi dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 20 (2) straipsnyje nurodytą planinę medicinos pagalbą. Skaitmenimis „4“ ir „6“ žymimi dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 19 (1) straipsnyje nurodytą būtinąją medicinos pagalbą dėl nelaimingo atsitikimo darbe ar profesinės ligos. 19 E langelis pildomas tuo atveju, jei pažymimas 19 B langelis „apdraustas ES, EEE šalyje ar Šveicarijoje“;

40.4. **19 F langelyje** „galioja iki“ įrašoma draudimą ir teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas patvirtinančio dokumento galiojimo data. 19 F langelis pildomas tuo atveju, jei pažymimas 19 B langelis „apdraustas ES, EEE šalyje ar Šveicarijoje“.

41. **I dalies „Bendroji dalis“ skyrius „Bendrieji apsilankymų duomenys“** pildomas taip:

41.1. **20 langelyje** „Pradėta pildyti (data, laikas)“ nurodoma data, kai kortelė buvo pradėta pildyti – metai, mėnuo, diena, laikas (laikas nurodomas tik pradedant teikti priėmimo-skubiosios pagalbos ir stebėjimo paslaugas);

41.2. **21 A ir 21 B langelių** grupėje „Būtinoji medicinos pagalba“ žymimas (?) vienas iš langelių: **21 A langelis** „taip“, jei pacientas atvyksta dėl būtiniosios medicinos pagalbos, **21 B langelis** „ne“, jei pacientas atvyksta ne dėl būtiniosios medicinos pagalbos;

41.3. **22 A, 22 B, 22 C, 22 D, 22 E, 22 F, 22 G ir 22 H langelių** grupė „Atvyko“ pildoma taip:

41.3.1. **22 A langelis** „taip“ žymimas (?), jei pacientas atvyksta pagal siuntimą, išduotą ASPI arba jos padalinio. Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė (forma Nr. 113/a) prilyginama siuntimui,

41.3.2. **22 B langelis** „ne“ žymimas (?), jei pacientas atvyksta neturėdamas ASPI arba jos padalinio išduoto siuntimo,

41.3.3. **22 C langelis** „taip“ žymimas (?), jei pacientas yra atvežtas GMP brigados,

41.3.4. **22 D langelis** „ne“ žymimas (?), jei pacientas nėra atvežtas GMP brigados,

41.3.5. **22 E langelyje** „Siunčiančioji ASPI“ rašomas siunčiančiosios ASPI arba jos padalinio kodas pagal Juridinių asmenų registrą,

41.3.6. **22 F langelyje** rašomas siunčiančiosios ASPĮ arba jos padalinio pavadinimas,

41.3.7. **22 G langelyje** „Siuntimo priežastis (TLK-10-AM)“ nurodomas ligos kodas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“, Australijos modifikaciją (toliau – TLK-10-AM), remiantis siuntimo duomenimis. Jei pacientą be siuntimo atgabena GMP brigada, 22 G langelis užpildomas pagal GMP paciento siuntimo formos Nr. 114/a duomenis,

41.3.8. **22 H langelyje** nurodoma siuntimo priežastis pagal TLK-10-AM. Jei pacientą be siuntimo atgabena GMP brigada, 22 H langelis užpildomas pagal GMP paciento siuntimo formos Nr. 114/a duomenis,

41.3.9. 22 A–22 G langeliai privalo būti pildomi, jei pacientas atvyksta su siuntimu (iš kitos ASPĮ arba jeigu toje pačioje ASPĮ pradedama pildyti nauja kortelė);

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-711](#), 2013-07-22, Žin., 2013, Nr. 82-4092 (2013-07-27), i. k. 1132250ISAK000V-711

41.4. **23 A ir 23 B langelių** grupėje „Mokėtina iš PSDF“ **23 A langelis** „taip“ arba **23 B langelis** „ne“ užpildomas automatiškai kortelės pildymo pradžios dieną (data, kai kortelė pradedama pildyti, nurodoma 20 langelyje). 23 A ar 23 B langelių duomenys gali nesutapti su III dalies „Apsilankymai“ 42 skilties „Iš PSDF“ duomenimis, nes ši skiltis pildoma automatiškai pagal Draudžiamųjų registro duomenis apsilankymo registravimo dieną, nurodytą III dalies „Apsilankymai“ 32 skiltyje „Apsilankymo data“.

42. **II dalis „Galutinės patikslintos diagnozės“** pildoma visais atvejais, išskyrus tų kortelių, kurių 2 langelyje „Paskirtis“ nurodomi skaitmenys „6“ arba jeigu asmens sveikatos priežiūros paslaugą suteikė gydytojas specialistas (echoskopuotojas, endoskopuotojas, klinikinis fiziologas, radiologas):

42.1. **24 skiltyje** „Data“ nurodoma diagnozės įrašymo į kortelę data;

42.2. **25 skiltyje** „Kodas pagal TLK-10-AM“ nurodomas galutinės diagnozės kodas pagal TLK-10-AM;

42.3. **26 skiltyje** „Pavadinimas pagal TLK-10-AM“ nurodomas galutinės diagnozės pavadinimas pagal TLK-10-AM;

42.4. **27 skiltyje** „+/-/0“ rašomas ženklas „+“, kai nustatoma ūminė arba lėtinė liga (jei lėtinė liga diagnozuojama pirmą kartą gyvenime), ženklas „-“ rašomas, kai einamaisiais metais pirmą kartą nustatoma lėtinė liga, diagnozuota anksčiau, skaitmuo „0“ rašomas, kai einamaisiais metais pakartotinai diagnozuojama lėtinė liga;

42.5. **28 skiltyje** „Traumos priežastis“ traumos atveju nurodoma traumos priežastis, įrašant atitinkamą skaitmenį pagal šį sąrašą: 1 – transporto įvykis, 2 – trauma, siejama su darbu, 3 – trauma viešojoje vietoje (išskyrus transporto įvykius), 4 – trauma buityje, 5 – trauma sporto renginiuose (išskyrus renginius ugdymo ir mokymo įstaigose), 6 – trauma ugdymo ir mokymo įstaigoje, 7 – tyčinis susižalojimas, 8 – pasikėsinimas, 9 – kitos ir nepatikslintos traumos;

42.6. priėmimo-skubiosios pagalbos skyriai, registruodami traumas, pildo ne tik 28 skiltį „Traumos priežastis“, bet ir nurodo traumos priežasties kodą bei jos pavadinimą pagal TLK-10-AM, užpildydami 25 skiltį „Kodas pagal TLK-10-AM“ ir 26 skiltį „Pavadinimas pagal TLK-10-AM“;

42.7. traumos priežastis nurodoma tik pirmą kartą registruojant traumą (žymimą ženklu „+“). Registruojant liekamuosius reiškinius po traumos, jos priežastis nenurodoma;

42.8. vienoje kortelėje gali būti registruojamos kelios patikslintos diagnozės. Jei kortelėje nėra įrašyta nė vienos aiškios patikslintos diagnozės, įrašoma nepatikslinkta, neaiški diagnozė, žymima skaitmeniu „0“. Ligas ir traumas nurodo gydantysis specialistas arba specialistas, patikslinęs (galutinai patvirtinęs) diagnozę.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-711](#), 2013-07-22, Žin., 2013, Nr. 82-4092 (2013-07-27), i. k. 1132250ISAK000V-711

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-711](#), 2013-07-22, Žin., 2013, Nr. 82-4092 (2013-07-27), i. k. 1132250ISAK000V-711

43. Kortelės **III dalyje „Apsilankymai“** nurodomos visos suteiktos paslaugos. Ši dalis pildoma taip:

43.1. **29 langelyje** „Kortelės Nr.“ nurodomas tas pats kortelės numeris kaip ir 3 langelyje „Kortelės Nr.“. 29 langelis užpildomas automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu;

43.2. **30 langelyje** „Susijusio dokumento Nr.“ nurodomas to paties dokumento, kaip ir 4 langelyje „Susijusio dokumento Nr.“, numeris. 30 langelis užpildomas automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu;

43.3. **31 skiltyje** „Eil. Nr.“ nurodomas kortelėje registruojamos paslaugos eilės numeris;

43.4. **32 skiltyje** „Apsilankymo data“ nurodoma paslaugos suteikimo data;

43.5. **33 skiltyje** „Siunt. (+/-)“ rašomas ženklas „+“, jeigu paslauga teikiama pagal siuntimą. Jei siuntimas nepateikiamas, rašomas ženklas „-“. Specialisto, teikiančio asmens sveikatos priežiūros paslaugą, įrašas medicinos dokumentuose apie kitą paciento apsilankymą ir numatomą jo laiką prilyginamas siuntimui. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys specialistai šios skilties nepildo;

43.6. **34 skiltyje** „Specialistas (v., p., spaudo Nr.)“ nurodomi paslaugą suteikusių specialisto duomenys (vardas, pavardė, spaudo numeris);

43.7. **35 skiltyje** „Paslaugos kodas“ nurodomas pacientui suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos kodas pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatorių, patvirtintą Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus 2005 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. 1K-81 (Žin., 2005, Nr. [89-3363](#));

43.8. **36 skiltis** – pirmoji skilties „Paslaugos tipas“ dalis – pildoma pažymint atitinkamą skaitmenį pagal šį sąrašą:

43.8.1. „1“ – paslaugą teikia pirminės sveikatos priežiūros specialistas,

43.8.2. „2“ – pirmasis, ketvirtasis, septintasis ir t. t. apsilankymas dėl tos pačios priežasties pas specialistą konsultantą (konsultacija),

43.8.3. „3“ – antrasis, trečiasis, penktasis, šeštasis, aštuntasis, devintasis ir t. t. apsilankymas dėl tos pačios priežasties pas tos pačios srities specialistą konsultantą,

43.8.4. „5“ – mokamas apsilankymas (sumoka pats pacientas arba kita įstaiga). Šis skaičius žymimas visais atvejais, kai sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos neapmokamos PSDF biudžeto lėšomis. Jei galiojančiais teisės aktais yra ribojamas iš PSDF biudžeto finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų kiekis, registruojant šį kiekį viršijusias paslaugas taip pat žymimas skaitmuo „5“;

43.8.5. ambulatorinio gydymo ar tyrimo epizodas (toliau – epizodas) yra paciento lankymasis ambulatorinėje gydymo įstaigoje pas specialistą (-us) dėl konkrečios priežasties (priežasčių). Kiekvienas ūmios ligos ar lėtinės ligos paūmėjimo atvejis laikomas nauju epizodu, jei prieš tai buvęs šios ligos epizodas yra pasibaigęs, t. y. nebuvo tęsiamas gydymas ar ilgalaikis stebėjimas. Kiekvieno epizodo konsultacijos skaičiuojamos iš naujo, t. y. mokama už pirmą, ketvirtą, septintą ir t. t. apsilankymus, nepaisant to, kiek apsilankymų buvo ankstesnio epizodo metu;

43.9. **37 skiltis** – antroji skilties „Paslaugos tipas“ dalis – pildoma pažymint reikiamą raidę ar raides pagal šį sąrašą:

43.9.1. „L“ – apsilankymas dėl ligos, kai pacientas skundžiasi sveikata, nors liga ir nenustatoma,

43.9.2. „B“ – būtinoji medicinos pagalba pagal sveikatos apsaugos ministro įsakymus ir kitus norminius dokumentus,

43.9.3. „D“ – pacientas dėl šios ligos yra dispanserizuotas pas šį specialistą,

43.9.4. „N“ – vizitas į namus,

43.9.5. „Pr.“ – profilaktinis tikrinimas,

43.9.6. „M“ – priėmimas kitoje ASPI (pvz., medicinos punkte). Taikoma tik pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantiems specialistams,

43.9.7. „A“ – nelaimingas atsitikimas darbe. Ši raidė žymima, jei paslaugos teikimo priežastis yra nelaimingas atsitikimas darbe, kaip tai apibrėžiama Lietuvos Respublikos nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo įstatyme (Žin., 1999, Nr. [110-3207](#); 2003, Nr. [114-5114](#)),

43.9.8. vienu metu gali būti žymimos raidės „D“ ir „Pr.“, jei dispanserizuotas pacientas atvyksta pasitikrinti, bet nusiskundimų neturi. Vienu metu gali būti žymimos raidės „Pr.“ ir „L“, jei pacientas atvyksta dėl profilaktinio patikrinimo ir jo metu diagnozuojama liga. Negali būti žymima raidė „B“, kartu nepažymint raidės „L“. Kortelės, kurios 2 langelyje „Paskirtis“ nurodomas skaitmuo „3“ arba „4“, 37 skiltyje negali būti žymimos raidės „Pr.“, „N“ arba „M“. Kortelės, kurios 2 langelyje „Paskirtis“ nurodomas skaitmuo „6“, 37 skiltyje negali būti žymimos raidės „Pr.“ arba „M“;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-965](#), 2013-10-21, Žin., 2013, Nr. 112-5595 (2013-10-26), i. k. 1132250ISAK000V-965

43.10. **38 skiltyje** „kodas pagal TLK-10-AM“ nurodomas apsilankymo priežasties kodas pagal TLK-10-AM;

43.11. **39 skiltis** „Tikslinama paslauga“ pildoma tuo atveju, kai antrojo ar trečiojo apsilankymo dėl tos pačios priežasties pas tos pačios srities specialistą metu suteikta paslauga (konsultacija) yra brangesnė už paslaugą (konsultaciją), suteiktą pirmojo apsilankymo dėl šios priežasties pas tos pačios srities specialistą metu. Šiuo atveju nurodomas pirmojo apsilankymo dėl šios priežasties pas specialistą konsultantą metu suteiktos paslaugos kodas. Jei brangiau kainuojanti specializuota ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros paslauga pacientui buvo suteikta ir per antrąjį, ir per trečiąjį apsilankymą, pildomas tik vieno iš tų apsilankymų eilutės 39 skilties langelis;

43.12. **40 skiltyje** „Rezultatas“ nurodomas apsilankymo rezultatas, įrašant atitinkamą skaitmenį pagal šį sąrašą:

43.12.1. „1“ – gydymas baigtas. Nurodoma pasibaigus gydymui (ūmioms ligoms ar lėtinių ligų paūmėjimams, jei pacientas nedispanserizuotas) ar ilgalaikiam paciento stebėjimui,

43.12.2. „2“ – gydymas tęsiamas. Nurodoma, kai tęsiamas nedispanserizuoto paciento gydymas,

43.12.3. „3“ – ilgalaikis stebėjimas tęsiamas. Nurodomas, kai tęsiamas dispanserinis (ilgalaikis) stebėjimas (gydymas),

43.12.4. „4“ – siuntimas konsultuoti. Nurodoma, kai pacientas siunčiamas konsultuoti toje pačioje ASPI arba jam skiriama pakartotinė konsultacija toje pačioje ASPI,

43.12.5. „5“ – siuntimas į kitą ASPI dėl ambulatorinio gydymo ar tyrimo. Nurodoma, kai pacientas siunčiamas į kitą ASPI dėl tolesnio ambulatorinio gydymo ar tyrimo,

43.12.6. „6“ – siuntimas į kitą ASPI dėl stacionarinio gydymo,

43.12.7. „7“ – hospitalizavimas tos pačios ASPI stacionare,

43.12.8. „8“ – siuntimas stacionarinės reabilitacijos paslaugoms gauti. Nurodoma, kai pacientui skiriamas reabilitacinis, sveikatos grąžinamasis ar antirecidyvnis gydymas,

43.12.9. „9“ – siuntimas ambulatorinės reabilitacijos paslaugoms gauti,

43.12.10. „10“ – kita. Nurodoma, kai pasibaigia paciento profilaktinio tikrinimo ar tyrimo epizodas ir kitais pirmiau neapibrėžtais atvejais,

43.12.11. „99“ – mirties liudijimo išrašymas;

43.13. **41 skiltyje** „Kaina (balais)“ nurodoma sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinta asmens sveikatos priežiūros paslaugos bazinė kaina balais, galiojanti apsilankymo dieną. Eilutėje, kurioje pildomi paslaugos duomenys, 41 skilties langelis paliekamas tuščias (arba įrašomas skaitmuo „0“), jei šioje eilutėje 36 skilties „Paslaugos tipas“ langelyje nurodomi skaitmenys „1“ arba „5“, išskyrus skatinamąsias, paliatyviosios pagalbos ir prevencines paslaugas. Taip pat 41 skiltis nepildoma (arba įrašomas skaitmuo „0“), jei nurodant specialisto konsultacijas 36 skiltyje „Paslaugos tipas“ įrašomas skaitmuo „3“, išskyrus Taisyklių 43.11 punkte nurodytus atvejus (tokiais atvejais 41 skiltyje rašomas 35 ir 39 skiltyse nurodytų paslaugų kainų skirtumas balais). 41 skiltis pildoma automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu;

43.14. **42 skiltis** „Iš PSDF“ pildoma automatiškai pagal Draudžiamųjų registro duomenis

apsilankymo registravimo dieną;

43.15. **A lentelė** pildoma, jeigu suteikiant paslaugą pacientui yra atliekamos medicininės intervencijos. Šiuo atveju vadovaujamosi Medicininių intervencijų klasifikacija (angl. *The Australian Classification of Health Interventions*, toliau – ACHI):

43.15.1. jeigu pildoma B ar C formos III dalis „Apsilankymai, **31 A skiltyje** „Apsilankymo eilės Nr.“ nurodomo apsilankymo, kurio metu atliekamos medicininės intervencijos, eilės numeris turi sutapti su 31 skiltyje „Apsilankymo eil. Nr.“ nurodytu šio apsilankymo numeriu,

43.15.2. **43 skiltyje** „kodas pagal ACHI“ nurodomas medicininės intervencijos kodas pagal ACHI,

43.15.3. **44 skiltyje** „pavadinimas pagal ACHI“ rašomas medicininės intervencijos pavadinimas pagal ACHI,

43.15.4. **45 skiltyje** „Išlaidos kontrastui (balais)“ nurodomos išlaidos kontrastui balais, kuris naudojamas atliekant medicininę intervenciją ar brangiųjų tyrimus. Jei medicininė intervencija ar brangūs tyrimai atliekami, naudojant kontrastą, iki 2014 m. gruodžio 31 d., kontrastinės medžiagos kaina balais prilyginama jos kainai litais, jei po 2015 m. sausio 1 d. – kontrastinės medžiagos kaina balais prilyginama jos kainai eurai.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

43.15.5. **46 skiltyje** „Specialistas (v., p., spaudo Nr.)“ rašomas specialisto vardas, pavardė, spaudo numeris,

43.15.6. 43–46 skiltys pildomos, teikiant dienos stacionaro paslaugas, atliekant brangiųjų tyrimus ir procedūras bei teikiant paslaugas, kurių išlaidų apmokėjimui turi įtakos medicininių intervencijų atlikimas (gydytojų specialistų išplėstinės konsultacijos, III etapo ambulatorinės reabilitacijos paslaugos);

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-711](#), 2013-07-22, *Žin.*, 2013, Nr. 82-4092 (2013-07-27), i. k. 1132250ISAK000V-711

43.16. **F lentelėje** pateikiami duomenys apie paciento priemokas ar (ir) mokamas paslaugas:

43.16.1. jeigu pildoma B ar C formos III dalis „Apsilankymai“, **31 F skiltyje** „Apsilankymo eilės Nr.“ nurodomo apsilankymo, kurio metu pacientas primoka už medžiagas, vaistus, procedūras, tyrimus ar kita arba jam teikiamos mokamos paslaugos, eilės numeris turi sutapti su 31 skiltyje „Apsilankymo eil. Nr.“ nurodytu šio apsilankymo numeriu,

43.16.2. **47 skiltyje** „Finansavimo šaltinis“ nurodomas vienas iš šių finansavimo šaltinių:

43.16.2.1. „2“ – mokama privataus draudimo fondo lėšomis,

43.16.2.2. „3“ – mokama darbdavio lėšomis,

43.16.2.3. „4“ – mokama paciento lėšomis,

43.16.2.4. „5“ – mokama labdaros lėšomis,

43.16.2.5. „6“ – mokama savivaldybės lėšomis,

43.16.2.6. „7“ – mokama ASPI lėšomis,

43.16.2.7. „8“ – apmoka kita ASPI (nurodoma, jei paslauga teikiama kitos ASPI pacientui jo hospitalizavimo metu),

43.16.2.8. „9“ – kitos lėšos,

43.16.3. jei yra keli finansavimo šaltiniai, kiekvienas finansavimo šaltinis nurodomas atskiroje eilutėje,

43.16.4. **48–50 skiltyse** nurodoma (-os) paciento primokėta (-os) suma (-os) už jam gydyti skirtas medžiagas ir (ar) vaistus, ir (ar) procedūras bei tyrimus, ir (ar) tam tikras buvimo ASPI sąlygas, ir (ar) kita. Iki 2014 m. gruodžio 31 d. nurodoma (-os) suma (-os) litais, nuo 2015 m. sausio 1 d. – eurai;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

43.16.5. **47 skiltis ir 51–53 skiltys** privalo būti pildomos, jei 36 skiltyje „Paslaugos tipas“ pažymimas skaitmuo „5“. Nurodoma paciento sumokėta (-os) suma (-os) už suteiktą (-as) paslaugą (-as) pagal Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ir kainas ir (ar) paciento sumokėta (-os) suma (-os) už paslaugas, gautas ne eilės tvarka, ir (ar) kita pagal Mokamų paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarką. Iki 2014 m. gruodžio 31 d. šiame langelyje suma nurodoma litais, nuo 2015 m. sausio 1 d. – eurai;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

43.17. **V lentelėje** pateikiami duomenys apie pacientui skirtus centralizuotai perkamus protezus, vaistus ar medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP):

43.17.1. jeigu pildoma B ar C formos III dalis „Apsilankymai“, **31 V skiltyje** „Apsilankymo eilės Nr.“ nurodomo apsilankymo, kurio metu pacientui skiriami centralizuotai perkami vaistai ar MPP, eilės numeris turi sutapti su 31 skiltyje „Apsilankymo eil. Nr.“ nurodytu šio apsilankymo numeriu,

43.17.2. **54 skiltyje** „Vaisto arba MPP ID“ nurodomas pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP identifikavimo kodas pagal Centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių klasifikatorių, tvarkomą VLK,

43.17.3. **55 skiltyje** „CP straipsnis“ nurodomas centralizuoto pirkimo straipsnio kodas pagal Centralizuotų pirkimų straipsnių klasifikatorių, tvarkomą VLK,

43.17.4. **56 skiltyje** „Vaisto arba MPP pavadinimas“ rašomas pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP pavadinimas,

43.17.5. **57 skiltyje** „Matas“ rašoma pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP matas (pvz., „tab.“, „but.“ ir t.t.),

43.17.6. **58 skiltyje** „Kiekis“ nurodomas pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kiekis,

43.17.7. **59 skiltyje** „Kaina“ rašoma pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kaina: iki 2014 m. gruodžio 31 d. ji nurodoma litais, nuo 2015 m. sausio 1 d. – eurai. Ši skiltis pildoma automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu. Centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kaina turi atitikti paciento gydymo šiuo vaistu ar MPP metu galiojančias jų kainas, nurodytas Centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių klasifikatoriuje.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

44. **IV dalies „Baigiamoji dalis“** duomenys rašomi baigiant pildyti kortelę:

44.1. **60 langelyje** „Baigta pildyti (data, laikas)“ nurodoma kortelės baigimo pildyti data. Jei kortelė baigiama pildyti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje, nurodomas ir baigimo ją pildyti laikas;

44.2. **61 langelyje** „Pateikta (data, laikas)“ rašoma kortelės duomenų pateikimo informacinei sistemai „Sveidra“ data ir laikas. Pildoma automatiškai duomenų pateikimo informacinei sistemai „Sveidra“ metu;

44.3. **62 langelyje** „Bendra suma (balais), mokama iš PSDF biudžeto“ nurodoma bendra suma, skiriama iš PSDF biudžeto įrašytų į kortelę asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti;

44.4. **63 langelyje** „Teritorinė ligonių kasa“ nurodoma TLK, kompensuojanti įrašytų į kortelę asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas;

44.5. **64 numeriu** pažymėtoje vietoje gydytojas arba kitas specialistas, baigiantis pildyti kortelę, nurodo savo vardą, pavardę ir pasirašo;

44.6. **65 numeriu** pažymėtoje vietoje asmuo, atsakingas už kortelės duomenų, įskaitant ekonominius duomenis, pildymą (įstaigos vadovo įgaliotas asmuo), nurodo savo vardą, pavardę ir

pasirašo.

45. **V dalies „Gydytojų įrašai“** pildymas:

45.1. ši dalis pildoma traumatologijos punktuose ir priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose, kai pacientui teikiamos priėmimo skubiosios pagalbos ar stebėjimo paslaugos;

45.2. šioje dalyje pateikiama medicininė informacija apie paciento apžiūrą, atliktus tyrimus ir suteiktas konsultacijas. Priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių konsultacijų kabinetuose dirbantys II lygio gydytojai specialistai šios dalies nepildo – jie pildo ambulatorinę asmens sveikatos istoriją.

IV. YPATINGI KORTELĖS PILDYMO ATVEJAI

46. Jei nepasibaigus vienam ambulatorinio gydymo ar tyrimo epizodui (kurio metu pacientas lankėsi ambulatorinėje ASPI pas specialistą dėl konkrečios priežasties), pacientas atvyksta registruotis pas specialistą dėl kitos priežasties, paciento kortelėje registruojami ir tolesni apsilankymai (nauja kortelė nepildoma).

47. Jeigu pacientas atvyksta į ASPI iškart dėl kelių priežasčių (ligų) arba lankosi iškart pas kelis specialistus dėl skirtingų problemų, visi apsilankymai nurodomi toje pačioje kortelėje.

48. Jeigu pacientas pas tos pačios srities specialistą tą pačią dieną lankosi keletą kartų, nurodomas tik vienas apsilankymas.

49. Jeigu pacientas neatvyksta pas specialistą paskirtu laiku (numatytą dieną), kortelė baigiama pildyti praėjus 30 dienų nuo jos pradėjimo pildyti dienos. Pildyti baigia specialistas, pas kurį pacientas neatvyko paskirtu laiku.

50. Jeigu mirties liudijimą išrašo ambulatorinė ASPI, tai prilyginama apsilankymui ir pažymima kortelėje.

51. Jeigu pacientas lankomas namie ne pirmą kartą, t. y. kortelė jau yra pradėta pildyti, šie vizitai žymimi kortelėje ir aprašomi asmens sveikatos istorijoje. Jeigu pirmuoju specialisto vizitu į paciento namus pradedamas gydymo epizodas, t. y. kortelė dar nėra pradėta pildyti, specialistas, grįžęs į ASPI, aprašo vizitą asmens sveikatos istorijoje, o registratūroje pradedama pildyti nauja kortelė.

52. Kortelę pildo ir dienos stacionarai (priklausantys poliklinikoms ar ligoninių stacionarams). Dienos stacionaras pildo atskirą kortelę, 2 langelyje „Paskirtis“ nurodydamas skaitmenį „4“. Kiekvienas lovodienis žymimas kaip apsilankymas – atskiroje eilutėje, nurodant paslaugos kodą. Mokama už kiekvieną lovodienį (III dalies 36 skiltyje „Paslaugos tipas“ žymimas skaitmuo „2“).

53. Gydytojai radiologai kiekvieno apsilankymo metu pildo tiek apsilankymams registruoti skirtų eilučių, kiek tyrimų (nuotraukų) atlieka to apsilankymo metu. Nurodant pirmą, ketvirtą, septintą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, 36 skiltyje žymimas skaitmuo „2“, nurodant antrą, trečią, penktą, šeštą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, žymimas skaitmuo „3“.

54. Gydytojai endoskopuotojai ir echoskopuotojai pildo tiek apsilankymams registruoti skirtų eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Nurodant pirmą, ketvirtą, septintą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, 36 skiltyje žymimas skaitmuo „2“, nurodant antrą, trečią, penktą, šeštą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, žymimas skaitmuo „3“.

55. Gydytojai klinikiniai fiziologai pildo tiek apsilankymams registruoti skirtų eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Nurodant pirmą, ketvirtą, septintą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, 36 skiltyje žymimas skaitmuo „2“, nurodant antrą, trečią, penktą, šeštą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, žymimas skaitmuo „3“.

56. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų paciento konsultacijos metu paskiriamas (keičiamas) ir atliekamas vienos rūšies procedūrų kursas kortelėje nurodomas kaip vienas apsilankymas.

57. Gydytojai anesteziologai-reanimatologai kiekvieną atliktą bendrąją arba spinalinę nejautrą nurodo kaip atskirą apsilankymą.

58. Kiekvienas brangusis tyrimas ar procedūra nurodomas kaip atskiras apsilankymas.

59. Gydytojai oftalmologai paciento konsultacijos metu atliktą argoninio lazerio koaguliacijos

ar YAG lazerio fotokoaguliacijos seansą nurodo kaip atskirą apsilankymą.

60. Jei vieno apsilankymo pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą metu suteikiamos kelios skirtingos paslaugos (pvz., pacientui dėl ligos apsilankius pas šeimos gydytoją, kartu suteikiamos viena ar kelios paslaugos pagal prevencines programas arba skatinamosios paslaugos), pildoma tiek apsilankymams skirtų eilučių, kiek suteikiama skirtingų paslaugų.

61. Jei į kitą ASPI siunčiama paciento tiriamoji medžiaga, siunčiančioji įstaiga užpildo 2 (du) formos „Biopsinės ir operacinės medžiagos siuntimas tirti“ (forma Nr. 014-1/a) egzempliorius, o tiriančioji ASPI gali pildyti tik elektroninę kortelę. Šiuo atveju ji privalo užtikrinti elektroninių kortelių saugojimą pagal teisės aktų reikalavimus.

62. III etapo ambulatorinės reabilitacijos paslaugos rašomos atskiroje kortelėje, 2 langelyje „Paskirtis“ nurodant skaitmenį „6“. Kiekviena reabilitacijos diena žymima kaip apsilankymas atskiroje eilutėje, nurodant atitinkamą paslaugos kodą. Mokama už kiekvieną apsilankymą (III dalies 36 skiltyje „Paslaugos tipas“ žymimas skaitmuo „2“). Vieno reabilitacinio gydymo kurso apsilankymai nurodomi vienoje kortelėje, net jei gydymas trunka ilgiau nei 30 dienų. Tarp apsilankymų negali būti ilgesnis nei 14 dienų laiko tarpas. Kortelė baigiama pildyti tik užbaigus arba nutraukus gydymo kursą per 15 dienų nuo įrašo apie paskutinį apsilankymą dienos. Kortelė, kurios paskirtis „6“ – „III etapo ambulatorinės reabilitacijos paslaugos“, panaikinama, jei per 15 dienų nuo jos pildymo pradžios datos neužregistruojamas nė vienas apsilankymas. Kortelė informacinėje sistemoje „Sveidra“ susiejama su formos Nr. 2011T „Pranešimas apie sutikimą kompensuoti medicininės reabilitacijos ar sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo išlaidas Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis“ duomenimis. Kortelėje nurodant III etapo ambulatorinės reabilitacijos paslaugas, II dalis „Galutinės (patikslintos) diagnozės“ nepildoma.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-965](#), 2013-10-21, Žin., 2013, Nr. 112-5595 (2013-10-26), i. k. 1132250ISAK000V-965

63. Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje teikiamos skubiosios pagalbos ir stebėjimo paslaugos rašomos atskiroje kortelėje, 2 langelyje „Paskirtis“ nurodant skaitmenį „3“. Jei stacionaro priėmimo skyriuje skubiosios pagalbos ar stebėjimo paslaugos teikiamos pacientui, atvykstančiam kelis kartus tą pačią dieną, pildoma ta pati kortelė.

64. Jei iš priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus pacientas perkeliamas į stacionarą, kortelė baigiama pildyti, kiekvienam apsilankymui skirtos eilutės 36 skiltyje „Paslaugos tipas“, nurodant skaitmenį „3“, ir pridedama prie formos Nr. 003/a „Gydymo stacionare ligos istorija“.

V. KORTELĖS TIKSLINIMO IR ANULIAVIMO TVARKA

65. Pasibaigus ataskaitiniam laikotarpiui, kortelių duomenys gali būti keičiami tik TLK sutikimu.

66. Kortelė tikslinama, jei joje pateikiami klaidingi duomenys apie pacientą ar jam suteiktas paslaugas. Jei tikslinami vieno kurio nors apsilankymo, galutinės diagnozės ar bendrosios dalies duomenys, TLK pateikiama tikslinamoji kortelė su visų apsilankymų ir diagnozių duomenimis. Naujo apsilankymo registravimas ar paciento duomenų patikslinimas nebaigtoje pildyti kortelėje nelaikomas kortelės tikslinimu.

67. Kortelė anuliuojama, jei joje nurodytos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos nebuvo suteiktos arba buvo suteiktos ne tam asmeniui, kurio kortelė pateikiama TLK.

68. Dėl kortelės tikslinimo ar anuliavimo ASPI kreipiasi į TLK, užregistruodama informacinėje sistemoje „Sveidra“ atitinkamą prašymą.

69. Kortelės ekonominiai duomenys gali būti tikslinami einamaisiais biudžetiniais metais.

70. Kortelės klinikiniai duomenys gali būti tikslinami jos saugojimo laikotarpiu, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“ (Žin., 1999, Nr. [103-2972](#)).

71. Kortelės duomenys gali būti tikslinami arba anuliuojami tik TLK užregistravus informacinėje sistemoje „Sveidra“ sprendimą leisti tikslinti arba anuluoti kortelę.

Formos pakeitimai:

Nr. [V-39](#), 2013-01-15, *Žin.*, 2013, Nr. 8-336 (2013-01-22), i. k. 1132250ISAK0000V-39

FORMOS NR. 025-1/A-LK „ASMENS AMBULATORINIO GYDYMO PRIĖMIMO SKYRIUJE APSKAITOS KORTELĖ“ PILDYMAS

Priedų pakeitimai:

forma Nr. 066/a-LK „Stacionare gydomo asmens statistinė kortelė" pagal V-1737

Papildyta priedu:

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

Nr. [V-1737](#), 2020-07-31, paskelbta TAR 2020-08-03, i. k. 2020-16809

formą Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė" pagal V-1737

Papildyta priedu:

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

Nr. [V-1737](#), 2020-07-31, paskelbta TAR 2020-08-03, i. k. 2020-16809

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-79](#), 2004-02-20, Žin., 2004, Nr. 32-1030 (2004-02-28), i. k. 1042250ISAK0000V-79

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų pakeitimo

2.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-728](#), 2004-10-20, Žin., 2004, Nr. 155-5668 (2004-10-23), i. k. 1042250ISAK000V-728

Dėl sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

3.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-782](#), 2004-11-11, Žin., 2004, Nr. 167-6151 (2004-11-17), i. k. 1042250ISAK000V-782

Dėl sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" papildymo

4.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-341](#), 2006-04-27, Žin., 2006, Nr. 48-1746 (2006-04-29), i. k. 1062250ISAK000V-341

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

5.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-545](#), 2006-06-28, Žin., 2006, Nr. 75-2891 (2006-07-05), i. k. 1062250ISAK000V-545

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

6.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-532](#), 2011-05-26, Žin., 2011, Nr. 65-3053 (2011-05-28), i. k. 1112250ISAK000V-532

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

7.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-833](#), 2011-09-05, Žin., 2011, Nr. 112-5277 (2011-09-10), i. k. 1112250ISAK000V-833

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

8.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1106](#), 2011-12-23, Žin., 2011, Nr. 162-7695 (2011-12-30), i. k. 1112250ISAK000V-1106

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

9.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-161](#), 2012-02-28, Žin., 2012, Nr. 27-1230 (2012-03-03), i. k. 1122250ISAK000V-161

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

10.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-881](#), 2012-09-20, Žin., 2012, Nr. 111-5650 (2012-09-26), i. k. 1122250ISAK000V-881

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

11.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-39](#), 2013-01-15, Žin., 2013, Nr. 8-336 (2013-01-22), i. k. 1132250ISAK0000V-39

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

12.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-483](#), 2013-05-13, Žin., 2013, Nr. 52-2608 (2013-05-21), i. k. 1132250ISAK000V-483

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

13.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-711](#), 2013-07-22, Žin., 2013, Nr. 82-4092 (2013-07-27), i. k. 1132250ISAK000V-711

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

14.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-965](#), 2013-10-21, Žin., 2013, Nr. 112-5595 (2013-10-26), i. k. 1132250ISAK000V-965

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

15.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-705](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-18, i. k. 2014-07740

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

16.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1017](#), 2014-09-29, paskelbta TAR 2014-10-20, i. k. 2014-14378

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

17.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1419](#), 2014-12-23, paskelbta TAR 2014-12-31, i. k. 2014-21115

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 29 d. įsakymo Nr. V-1017 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 "Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo" pakeitimo

18.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1417](#), 2015-12-07, paskelbta TAR 2015-12-10, i. k. 2015-19630

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl Medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

19.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1507](#), 2015-12-28, paskelbta TAR 2015-12-31, i. k. 2015-21304

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

20.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-402](#), 2016-03-25, paskelbta TAR 2016-04-11, i. k. 2016-08642

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo" pakeitimo

21.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1127](#), 2016-09-30, paskelbta TAR 2016-10-03, i. k. 2016-24433

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

22.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1298](#), 2016-11-18, paskelbta TAR 2016-11-24, i. k. 2016-27388

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

23.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1351](#), 2016-12-01, paskelbta TAR 2016-12-05, i. k. 2016-28249

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

24.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-393](#), 2017-04-06, paskelbta TAR 2017-04-10, i. k. 2017-06085

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

25.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-639](#), 2018-05-31, paskelbta TAR 2018-06-01, i. k. 2018-09030

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

26.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1051](#), 2019-09-06, paskelbta TAR 2019-09-09, i. k. 2019-14351

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl Medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

27.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1627](#), 2020-07-09, paskelbta TAR 2020-07-15, i. k. 2020-15787

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

28.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1737](#), 2020-07-31, paskelbta TAR 2020-08-03, i. k. 2020-16809

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

29.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-83](#), 2021-01-15, paskelbta TAR 2021-01-15, i. k. 2021-00678

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo

30.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-908](#), 2021-04-23, paskelbta TAR 2021-04-23, i. k. 2021-08439

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo