

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. f.066/a-LK „Išvykusio iš stacionaro asmens statistinė kortelė“ (toliau – f.066/a-LK). Saugojimo terminas – 5 metai. Formatas – A4 (pridedama);
 - 1.2. f.025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė“ (toliau – f.025/a-LK). Saugojimo terminas nustojus lankytis ligoniui – 5 metai. Formatas – A4 (pridedama);
 - 1.3. f.025-1/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo priėmimo skyriuje apskaitos kortelė“ (toliau – f. 025-1/a-LK). Saugojimo terminas – 5 metai. Formatas – A5.
2. Tvirtinti formų: 066/a-LK, 025/a-LK, 025-1/a-LK metodines rekomendacijas (pridedama).
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 Nr. 066/a-LK
 Patvirtinta Lietuvos
 Respublikos sveikatos apsaugos ministro
 1998 11 26 įsakymu Nr. 687
 (Lietuvos Respublikos
 sveikatos apsaugos ministro
 2011 m. gegužės 26 d. įsakymo Nr. V-532
 redakcija)

STACIONARE GYDOMO ASMENS STATISTINĖ KORTELĖ

I dalis. PACIENTO GYDYMO DUOMENYS

ASPI	1A									1B	
Pirminė	2A		Tikslinamoji	2B		Anuliuojamoji	2C		Tikslinamos pirminės kortelės Nr.	3	
Kortelės Nr.	4										Ligos istorijos Nr.
Bendrieji asmens duomenys											
Asm. kodas	6					Motinos asm. kodas	7				
DIK	8										
Vardas	9					Pavardė	10				
Gimimo data	11				-			Lytis*	12		Nuolatinis LR gyventojas
Tel.	14										
Adresas:		valstybė	15A		kaimas	15B		miestas	15C		savivaldybė
	15E										
PAASPI	16A									16B	
Hospitalizavimo data	17A				-				17B		Nelaimingas atsitikimas darbe:
Draustumas:	19A	apdraustas PSD		apdraustas EEE šalyje ar Šveicarijoje	19B		kita	19C			
apdraudusioji valstybė	19D		draudimo dokumentas *		19E		galioja iki	19F			
Atvyko pagal siuntimą:	20A	taip	20B	ne	20C	GMP	Hospitalizavimo tipas:	21A	būtinųjų pagalba	21B	kita
Siunčiančiojo į ASPI	20D					20E					
Siuntimo priežastis (TLK-10-	20F					20G					

AM)

Gydymo skyriuje (-iuose) duomenys

Atvykimo data (MM-mm-DD)	Išvykimo data (MM-mm-DD)	Lovad.	Skyrius	Paslaugos kodas	TLK-10-AM kodas	Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)	Kaina % Ap/lovad.	Mokama suma (balais)	Etapo Nr.
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
					---*--				
					---*--				
					---*--				
					---*--				
					---*--				
					---*--				
					---*--				
					---*--				
					---*--				

Išrašymo duomenys

Išrašymo data

61A

-

-

61B

:

Lovad ieniai

62

Etapų skaičius

63

Paciento priemokos

64	Rūšis	Suma (Lt)
	Medžiagos ir vaistai	
	Procedūros ir tyrimai	
	Paciento buvimo ASPĮ sąlygos	
	Kita	
	Iš viso	

Mokamos paslaugos

65	Rūšis	Suma (Lt)
	Irašytos į mokamų paslaugų sąrašą	
	Planinės, gautos skubos tvarka	
	Kita	
	Iš viso	

Mokama iš PSDF

66A

Bendra suma (balais), mokama už gydymą stacionare

66B

* Žr. formos pildymo taisykles.

[illegible][illegible][illegible]

Išrašymo data	61A		-		-		61B	:		Lovadieniai	62					Etapų skaičius	63		
---------------	-----	--	---	--	---	--	-----	---	--	-------------	----	--	--	--	--	----------------	----	--	--

64.	Rūšis	Suma (lt)
	Medžiagos ir vaistai	
	Procedūros ir tyrimai	
	Paciento buvimo ASPĮ sąlygos	
	Kita	
	Iš viso	

65	Rūšis	Suma (Lt)
	Irašytos į mokamų paslaugų sąrašą	
	Planinės, gautos skubos tvarka	
	Kita	
	Iš viso	

Mokama iš PSDF	66A	Bendra suma (balais), mokama už gydymą stacionare	66B
----------------	-----	---	-----

II dalis. ETAPO DUOMENYS

Etapo Nr.	³²		/		Ligos istorijos Nr.	³³		Priverstinis gydymas:	^{34A}		taip	^{34B}		ne	^{34C}		nežinoma
-----------	---------------	--	---	--	---------------------	---------------	--	-----------------------	----------------	--	------	----------------	--	----	----------------	--	----------

Etapo pabaigos data	48A					-			-			48B			:			Lovadieniai	49				Dienos paslauga:	50A			ne	50B		taip
---------------------	-----	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	-----	--	--	---	--	--	-------------	----	--	--	--	------------------	-----	--	--	----	-----	--	------

Išrašymo būdas *	51A		Keliamas į ASPI	51B									51C		
Siuntimas medicininei reabilitacijai:				ambulatorinei				52A		stacionarinei				52B	
Pagrindinė patologoanatominė diagnozė (TLK-10-AM)				53A	---				53B						
Patologoanatominės diagnozės: komplikacijos ir gretutinės ligos (TLK-10-AM, TLK-O)															
54															
DRG grupė	Pavadinimas	Koeficientas		Kaina (balais)											
55	56	57		58											

Suma (balais), mokama už gydymo etapą	59		Pateikta		60					-			-		
67				68											
(Gydytojas)			(Parašas)		(Atsakingasis asmuo)					(Parašas)					

* Žr. formos pildymo taisykles.

Etapo Nr.	32		/		Ligos istorijos Nr.	33		Priverstinis gydymas:	34A		taip	34B		ne	34C		nežinoma						
Etapo pradžios data	35A					-		-			35B		:			Amžius: metai	36A			dienos	36B		
Išankstinio mokėjimo etapas	37		Svoris (iki 1 metų)	38					g														

Pagrindinė diagnozė {TLK-10-AM}	39A		39B	

Nepageidaujamas įvykis 40A

408					

[illegible][illegible]

Pagrindinė patologoanatominė diagnozė (TLK-10-AM) 53A _____ 53B _____

54

DRG grupė	Pavadinimas	Koeficientas	Kaina (balais)
55	56	57	58

67 (Gdytojas) (Parašas) 68 (Atsakingasis asmuo) (Parašas)

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

IV. 1. Rezultatas: gydymas baigtas – 1; ligonis savavališkai pasišalino – 4; siuntimas ambulatoriniam gydymui – 5; siuntimas į kitą įstaigą stacionariniam gydymui – 6; kita – 8
2. Gydytojo spaudas

Parašas

GYDYTOJŲ ĮRAŠAS:

Vardas, pavardė

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa	Forma Nr. 025/a-LK Patvirtinta 1998 11 26 SAM įsakymu Nr. 687
įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas	

Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė Nr. _____
Asmens sveikatos istorijos Nr. _____

I. 1. Asmens kodas |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 2. Asmens socialinio draudimo Nr.
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

3. Dokumento pavadinimas _____serija _____Nr.,_____

4. Vardas, pavardė _____ 5. Lytis: vyr. -1, mot. -2

6. Gimimo data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

7. Adresas |_|_|_| _____ 8. Gyvena: mieste -1, kaime-2

II. 1. Kreipimosi data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

III 1. Apsilankymai

Apsilankymo data	Siuntimas (+/-)	Gydytojo spaudas	Paslaugos. tipas		TLK-10 ligos kodas	K. (pa)
1	2	3	4.1	4.2	5	6
			1 5 2 3 4	L B		
			1 5 2 3 4	L B		
			1 5 2 3 4	L B		
			1 5 2 3 4	L B		
			1 5 2 3 4	L B		

Ligonių kasos mokama gydymo
kaina _____

Pastaba: 5 grafoje „paslaugos tipas“ apibraukti reikiama skaičių ir reikiamas raides: 1 – apsilankymas pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą; 2 -pirmasis (ketvirtasis, septintasis ir t. t.) apsilankymas dėl šios priežasties pas specialistą konsultantą; 3 – antrasis (trečiasis, penktasis, šeštasis, – aštuntasis, devintasis ir t. t.) apsilankymas dėl šios priežasties pas tos pačios srities specialistą konsultantą; 4 – dalinai apmokama konsultacija; 5 – mokamas apsilankymas (ligonis mokėjo pats arba kita įstaiga, ne ligonių kasa); L – apsilankymas dėl ligos; B – būtinąją pagalbą; D – dėl šios ligos dispanserizuotas; N – vizitas į namus; Pr. – profilaktinis tikrinimas; M – priėmimas kitoje gydymo įstaigoje.

IV. Galutinės patikslintos diagnozės

Nustatymo data	Galutinė diagnozė	TLK-10 ligos kodas	Traumos priežastis	+/-/0	4 grafoje žymima
1	2	3	4	5	
					1. Transporto įvykis
					2. Trauma, siejama su
					3. Trauma viešojoje
					4. Trauma buityje

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687
(Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2011 m. gegužės 26 d. įsakymo Nr. V-532 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](#)) 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 paslaugos (įskaitant trumpalaikio gydymo 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 punktuose nurodytas paslaugas;

4.2. ilgalaikis gydymas – stacionarinės paslaugos, teikiamos lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, kai reikalingas ilgai (dažniausiai ilgiau nei mėnesį) trunkantis etiopatogenetinis ir (ar) palaikomasis, 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.

5. Paciento gydymo laikotarpis, kuriuo teikiamos vienos gydymo rūšies 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. **1B 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 nuoseklųjį 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 draudžiamąjo 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 neregistruotas 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“ turi būti įrašoma paciento lytis, nurodyta Gyventojų registre. 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. 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. Langas „Atvyko pagal siuntimą“ turi būti pildomas taip:

13.14.1. jei pacientas atvyksta pagal siuntimą, žymimas (✓) **20 A langelis** „taip“; jei pacientas atvyksta neturėdamas siuntimo, žymimas (✓) **20 B langelis** „ne“; jei pacientą be siuntimo atgabena greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) brigada, žymimas (✓) **20 C langelis** „GMP“; jei pacientas atvyksta pagal siuntimą arba atgabenamas GMP brigados, užpildomi **20 D, 20 E, 20 F, 20 G langeliai**. Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė (forma Nr. 113) prilyginama siuntimui;

13.14.2. **20 D langelyje** rašomas siunčiančiosios ASPĮ arba jos padalinio, jei siuntimą išduoda ASPĮ padalinys, arba GMP paslaugas teikiančios įstaigos kodas pagal Juridinių asmenų registrą, **20 E langelyje** – siunčiančiosios ASPĮ arba jos padalinio, arba GMP paslaugas teikiančios įstaigos pavadinimas;

13.14.3. siuntimo priežastis rašoma pagal siuntimo dokumentuose nurodytus duomenis: **20 F langelyje** nurodomas ligos kodas, o **20 G langelyje** – ligos pavadinimas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą – Australijos modifikaciją „Sisteminis ligų sąrašas“ (toliau – TLK-10AM).

13.15. 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. Ekonominius duomenis pildo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo. Šios lentelės viena eilutė skirta paciento gydymo viename skyriuje vienos paslaugos duomenims pateikti. Jei pacientas perkeliamas iš vieno skyriaus į kitą arba jei tame pačiame skyriuje baigus teikti vieną paslaugą teikiama 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 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](#));

14.6. **27 skiltyje** „TLK-10-AM“ turi būti rašomas pagrindinės diagnozės, pagal kurią skyriuje teikiama paslauga, 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 antspaudas);

14.8. **29 skiltyje** „Kaina %/Ap. lovad.“ turi būti nurodoma paslaugos bazinės kainos kompensuojamoji dalis procentais, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. [57-1611](#)).

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 aktyviojo gydymo 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 paskutinią 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 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. **61 A langelyje** „Išrašymo data“ rašoma paciento išrašymo, perkėlimo arba mirties data (metai, mėnuo, diena), o **61 B langelyje** – išrašymo valanda ir minutės.

15.2. **62 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. **63 langelyje** „Etapų skaičius“ rašomas gydymo etapų skaičius.

15.4. **64 langelyje** „Paciento priemokos“ rašoma paciento primokėta suma (-os) litais už jam gydyti skirtas medžiagas ir vaistus, ir (ar) procedūras bei tyrimus, ir (ar) buvimo ASPĮ sąlygas, ir (ar) kita pagal Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnyje nurodytą tvarką (Žin., 1994, Nr. [63-1231](#); 1998, Nr. [112-3099](#)).

15.5. **65 langelyje** „Mokamos paslaugos“ rašoma paciento sumokėta suma (-os) litais už suteiktą 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“ (Žin., 1999, Nr. 67-2475), ir (ar) už planines paslaugas, gautas skubos tvarka, ir (ar) kita.

15.6. **66 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. **66 B langelyje** „Bendra suma (balais), mokama už gydymą stacionare“ nurodoma bendra gydymo stacionare išlaidų suma balais, apskaičiuojama sudedant visų gydymo etapų išlaidas (kiekvieno gydymo etapo išlaidų suma nurodoma kortelės 59 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. Ekonominis 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. Jei keičiasi gydymo rūšis (baigiamas paciento aktyvusis gydymas ir pradedamas ilgalaikis gydymas arba medicininė reabilitacija 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). 51 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 – nepageidaujamus 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 skiltyje** „Data (MM-mm-DD)“ rašoma medicininės intervencijos atlikimo data.

23.5. **42 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;

23.6. **43 skiltyje** „Pavadinimas“ rašomas medicininės intervencijos pavadinimas pagal Medicininių intervencijų klasifikaciją (ACHI).

23.7. **44 skiltis** „Paslaugos kodas“ pildoma tada, jei už kortelę pildančioje ASPI atliktą procedūrą ar tyrimą papildomai mokama PSDF biudžeto lėšomis teisės aktų nustatyta tvarka. Paslaugos kodas įrašomas pagal Klasifikatorių, nurodytą Taisyklių 14.5 punkte.

23.8. **45 langelyje** „Gydytojas (vardas, pavardė, spaudo Nr.)“ rašomas medicininę intervenciją atlikusio gydytojo (ar kito specialisto) vardas, pavardė ir gydytojo spaudo numeris (arba dedamas gydytojo spaudas).

23.9. **46 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.

23.10. **47 skiltyje** „Išlaidos kontrastui (balais)“ nurodoma tyrimui panaudotos kontrastinės medžiagos kaina balais. Kontrastinės medžiagos kaina litais prilyginama kontrastinės medžiagos kainai balais.

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. **48 A langelyje** „Etapo pabaigos data“ turi būti rašoma etapo pabaigos data (metai, mėnuo, diena), o **48 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).

26. **49 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.

27. Lange „Dienos paslauga“ turi būti žymimas (☒) vienas iš dviejų langelių: **50 A langelis** „ne“ arba **50 B langelis** „taip“. **50 B langelis** „taip“ žymimas, jei pacientas planine tvarka hospitalizuojamas ir išrašomas tą pačią dieną. Kitu atveju žymimas **50 A langelis** „ne“.

28. **51 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 ASPI;
- 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“: **51 B langelyje** įrašomas ASPĮ (arba jos padalinio), į kurią perkeliamas pacientas, kodas pagal Juridinių asmenų registrą, o **51 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 rehabilitacija ir atvirkščiai.

29. Lange „Siuntimas medicininei rehabilitacijai“ žymimas (☒) vienas iš dviejų langelių: **52 A langelis** „ambulatorinei“ žymimas, jei pacientui išduodamas ambulatorinės rehabilitacijos siuntimas, o **52 B langelis** „stacionarinei“ – jei išduodamas stacionarinės rehabilitacijos siuntimas. Jei siuntimas neišduodamas, langeliai nepildomi.

30. Lange „Pagrindinė patologoanatominė diagnozė (TLK-10-AM)“ nurodomas pagrindinės patologoanatominės diagnozės kodas (**53 A langelis**) ir ligos pavadinimas pagal TLK-10-AM (**53 B langelis**). Šiuos langelius pildo skrodimą atliekantis gydytojas arba pacientą gydęs gydytojas pagal patologinio tyrimo protokolo duomenis.

31. **54 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 trečiąjį leidimą – TLK-10-AM priedą A „Navikų morfologija“. Šiuos langelius pildo skrodimą atliekantis gydytojas arba pacientą gydęs gydytojas pagal patologinio tyrimo protokolo duomenis.

32. **55, 56, 57 ir 58 langeliai** pildomi taikant centralizuotą paslaugų grupavimą, jei gydymo rūšiai priskiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos grupuojamos pagal DRG metodą. **55 langelyje** „DRG grupė“ nurodomas DRG grupės keturių ženklų kodas, **56 langelyje** „Pavadinimas“ – DRG grupės pavadinimas, **57 langelyje** „Koeficientas“ – DRG grupės koeficientas, **58 langelyje** „Kaina (balais)“ – vieno gydymo etapo kaina balais.

33. **59 langelyje** „Suma (balais), mokama už gydymo etapą“ nurodoma gydymo etapo išlaidų suma balais (sudedamos 30, 46, 47 langeliuose nurodytos sumos arba nurodoma 58 langelyje parašyta suma).

34. **60 langelyje** „Pateikta“ nurodoma gydymo etapo duomenų arba kortelės (paciento išrašymo atveju) pateikimo teritorinei ligonių kasai elektroniniu būdu data.

35. Pacientą išrašantis gydytojas, baigęs pildyti kortelę ir patikrinęs, ar visi langeliai užpildyti teisingai, **67 langelyje** turi nurodyti savo vardą, pavardę, spaudo numerį ir pasirašyti. Jei išrašymo būdas **51 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.

36. **68 langelyje** „Atsakingasis asmuo, parašas“ turi pasirašyti asmuo, atsakingas už kortelės duomenų, įskaitant ekonominius duomenis, pildymą (įstaigos vadovo įgaliotas asmuo).

IV. KORTELĖS PATEIKIMAS

37. ASPĮ užpildytą kortelę pateikia tai teritorinei ligonių kasai, kurios veiklos zonoje yra:

37.1. PAASPĮ, prie kurios pacientas yra prisirašęs;

37.2. paslaugą suteikusi ASPĮ – jei asmuo neidentifikuotas ar neprisirašęs prie PAASPĮ;

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

38. 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 kortelę nepateikiama laiku, ASPĮ ją gali pateikti teritorinei ligonių kasai tik abiejų šalių raštišku sutikimu.

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

V. KORTELĖS TIKSLINIMO IR ANULIAVIMO TVARKA

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

41. 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.

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

43. 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

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

Metodinės rekomendacijos

Ši forma – tai nauja integruota kortelė, apimanti statistinę bei ekonominę informaciją, būtiną ir statistinei analizei bei ataskaitoms, ir gydymo kainai apskaičiuoti, ir ligonių kasų ataskaitoms sudaryti. Nauja integruota forma sukurta tam, kad informacija nesidubliuotų ir būtų patenkinti sveikatos statistikos bei sveikatos draudimo poreikiai. Jos pagrindą sudaro forma Nr. 039/a „Gydytojo darbo apskaitos žiniaraštis“ ir forma Nr. 025-2/a „Statistinis talonas galutinei (patikslintai) diagnozei registruoti“.

Bendrieji principai

„Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė“, forma Nr. 025/a-LK (toliau – forma), būtina darbui asmens sveikatos priežiūros įstaigose organizuoti. Remiantis šia forma, galima tiksliai apskaičiuoti kiekvieno gydytojo dienos ar mėnesio darbo krūvį, mokėti už darbą įstaigoje bei racionaliau paskirstyti sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų resursus.

Forma pildoma visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose teikiamos ambulatorinės paslaugos. Ambulatorinio gydymo ar tyrimo epizodas (toliau – epizodas) yra ligonio lankymasis ambulatorinėje gydymo įstaigoje pas gydytoją (gydytojus) dėl konkrečios priežasties (priežasčių). **Forma pildoma kiekvienam naujam ambulatorinio tyrimo ar gydymo epizodui. Jei epizodas nesibaigia per 30 dienų, pildoma nauja forma, o sena pabaigiama.** Forma, turinti unikalų numerį, pradedama prasidėjus epizodui arba praėjus 30 dienų nuo senos formos užpildymo, pabaigiama – pasibaigus epizodui arba po 30 dienų nuo jos užpildymo.

Epizodo pradžia ir pabaiga

1. Epizodo pradžia – pirmasis apsilankymas pas gydytoją dėl konkrečios priežasties.
2. Epizodo pabaiga:
 - 2.1. apsilankymas, po kurio nėra vienas gydytojas nebeskiria kito apsilankymo (gydymo ar tyrimo epizodas baigtas), ligonis atsisako toliau gydytis ar lankytis pas tos gydymo įstaigos gydytojus, ligonis neatvyksta dėl nežinomų priežasčių arba ligoniui mirus;
 - 2.2. ligonio siuntimas į kitą gydymo įstaigą ambulatoriniam, stacionariniam ar reabilitaciniam, sveikatą grąžinančiam bei antirecidyviniam gydymui.
3. Jeigu epizodas trunka ilgiau kaip mėnesį nuo pirmojo apsilankymo dienos, kas mėnesį baigiama pildyti viena forma ir tą pačią dieną pradedama pildyti kita. Jei ligonis neatvyksta, naujoji forma baigiama pildyti po mėnesio ir pažymima „ligonis neatvyko“; joje gali būti neužregistruota nė vieno apsilankymo.

Epizodo pradžia ir pabaiga nebūtinai sutampa su formos pildymo pradžia ir pabaiga.

Forma pildoma pirminio, antrinio ar tretinio lygio ambulatorines paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Forma nepildoma greitosios medicinos pagalbos įstaigose, išskyrus tuos atvejus, kai teikiama pacienčių transportavimo dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo bei pogimdyminio laikotarpio patologijos paslauga. Forma pildoma visuose dienos stacionaruose. Jei pacientai nehospitalizuojami, stacionarų priėmimo skyriuose (kambariuose) pildoma forma Nr. 025-1/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo priėmimo skyriuje apskaitos kortelė“. Priėmimo kambariuose esantys konsultacijų kabinetai, kuriuose II lygio specialistai konsultuoja PSPC ligonius, pildo tokią pat dokumentaciją, kaip ir poliklinikos. Asmens ambulatorinio gydymo priėmimo skyriuje apskaitos kortelė yra gydymo įstaigos dokumentas ir iš įstaigos ją išnešti griežtai draudžiama. Pradėta pildyti forma įdedama į Asmens sveikatos istoriją (ambulatorinę kortelę), forma Nr. 025/a, ir laikoma iki epizodo pabaigos arba naujos formos pildymo. Baigta pildyti forma perduodama įstaigos statistikos skyriui, kuriame yra saugoma. Šis

skyrius atlieka ir pateikia suvestines ataskaitas įstaigos administracijai, ekonomikos skyriui ir kt., parengia metines statistines ataskaitas.

Skyriaus pakeitimai:

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

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

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

Formos pildymas

Forma pradedama pildyti registruojant ligonį pas gydytoją, jei jos nėra ambulatorinėje kortelėje. Pradedama pildyti forma įregistruojama registratūros žurnale. Kiekvienai formai suteikiamas naujas, nesikartojantis numeris, o jų registravimo žurnalas reikalingas formų grąžinimo į statistikos skyrių kontrolei. Užpildytos formos grąžinamos į statistikos skyrių arba į registratūrą; juose į žurnalą įrašoma grąžinimo data. Kiekvieną dieną statistikė arba registratorė pagal žurnalą patikrina, kurios prieš vieną mėnesį pradėtos pildyti formos negrąžintos, suranda atitinkamas ambulatorines korteles ir išima iš jų formas (jei jos ten yra). Jei ambulatorinėje kortelėje esanti forma nebaigta pildyti, tai reikia baigti ir, jei epizodas dar tęsiasi, pradėti pildyti naują formą. Jei formos ambulatorinėje kortelėje nėra (pamesta), pagal ambulatorinės kortelės įrašus turi būti atkurta formoje buvusi informacija, kad būtų sumokėta už pacientui suteiktas paslaugas. Formas baigia pildyti arba atkuria pamestąsias gydytojas, paskutinis bendravęs su ligoniu ar paskyręs kitą apsilankymą, arba pagrindinis ligonį gydęs gydytojas (dažniausiai – pirminės sveikatos priežiūros gydytojas arba ligonį dispanserizavęs specialistas).

Formos Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė“ registravimo žurnalo pavyzdys:

Eil. Nr.	Ligonio vardas, pavardė	Ambulatorinės kortelės numeris (adresas)	Gydytojas	Formos pildymo pradžios data	Formos grąžinimo data
----------	-------------------------	--	-----------	------------------------------	-----------------------

Žurnalo pildymas

1 *grafa* – formos eilės numeris.

2 *grafa* – ligonio vardas ir pavardė.

3 *grafa* – ambulatorinės kortelės numeris, adresas arba kita informacija, padedanti identifikuoti ambulatorinę kortelę ir greitai ją rasti registratūroje.

4 *grafa* – gydytojo, pas kurį registruojamas ligonis, vardas, pavardė, apylinkės numeris arba kita informacija, padedanti identifikuoti ambulatorinę kortelę.

5 *grafa* – formos pildymo pradžios data.

6 *grafa* – formos grąžinimo data.

Įstaigos gali pasirinkti ir kitokią joms patogesnę registravimo žurnalo formą, turinį bei pildymo tvarką. Galima pildyti kelis formų registravimo žurnalus (pagal apylinkes ir kt.).

Formos I bei II dalys pradedamos pildyti gydymo įstaigos registratūroje.

I dalis. Paso duomenys

Formoje įrašomas jos numeris, sutampantis su numeriu registracijos žurnale, ir asmens sveikatos istorijos (ambulatorinės kortelės) numeris.

1. *Asmens kodas*. Nurodomas iš dokumentų, patvirtinančių asmens tapatumą. Asmens kodas yra įrašytas piliečio pase ir socialinio arba sveikatos draudimo pažymėjime. Kol kas dalis gyventojų, tarp jų vaikai, asmens kodų neturi.

2. *Asmens socialinio draudimo numeris*. Nurodomas numeris, įrašytas socialinio arba sveikatos draudimo pažymėjime (jei ligonis juos pateikė).

3. *Dokumento pavadinimas, serija, numeris.* Pildoma tik asmenims, neturintiems asmens kodo: vaikams – gimimo liudijimas, jo serija ir numeris; kitiems asmenims – pasas (nurodant šalį), jo serija ir numeris.

4. *Vardas, pavardė.* Įrašoma pagal pateiktus dokumentus.

5. *Lytis: vyriška – 1; moteriška – 2.* Pabraukiama.

6. *Gimimo data.* Nurodoma iš dokumentų.

Jei įrašytas asmens kodas, 5 ir 6 punktai nepildomi.

7. *Adresas.* Gyvenamoji vieta įrašoma ta, kurią nurodo ligonis ar jo artimieji (vad. deklaruojama gyvenamoji vieta), o ne pagal gyvenamosios vietos registracijos įrašą.

8. *Gyvena: mieste – 1; kaime – 2.* Nurodoma remiantis miestų ir miesto tipo gyvenviečių sąrašu, kurį tvirtina Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

II dalis. Duomenys apie ligonio atvykimą

1. *Kreipimosi data.* Nurodomi metai, mėnuo, diena.

III dalis. Apsilankymai

1. *Apsilankymai.*

1 *grafa* – nurodoma apsilankymo data.

2 *grafa* – jei ligonis atvyko su siuntimu, rašomas „+“; jei be siuntimo „-“. Skyrimas pakartotinai atvykti irgi laikomas atvykimu su siuntimu. I lygio specialistai šios grafos nepildo.

3 *grafa* – įrašomi gydytojo pavardė ir kodas (arba gydytojo spaudas).

4 *grafa* – nurodomas suteiktos paslaugos (ją suteikusio specialisto) kodas remiantis SAM įsakymais ir kitais norminiais dokumentais.

5 *grafa* – nurodomas paslaugos tipas.

5.1. Apibraukiamas vienas reikiamas skaitmuo:

„1“ – apsilankymas pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą;

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

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

„4“ – dalinai apmokama konsultacija;

„5“ – mokamas apsilankymas (mokėjo pats ligonis arba kita organizacija, ne ligonių kasa).

5.2. Apibraukiamos kelios reikiamos raidės:

„L“ – apsilankymas dėl ligos (kai ligonis skundžiasi sveikata, nors liga ir nenustatoma);

„B“ – būtinoji pagalba pagal SAM įsakymus ir kitus norminius dokumentus;

„D“ – ligonis dėl šios ligos dispanserizuotas pas šį specialistą;

„N“ – vizitas į namus;

„Pr“ – profilaktinis tikrinimas;

„M“ – priėmimas kitoje gydymo įstaigoje (pvz., medicinos punkte). Taikoma tik I lygio specialistams.

Vienu metu negali būti apibrauktos raidės „L“ ir „Pr“. Vienu metu gali būti apibrauktos „D“ ir „Pr“, jei ligonis atvyko dispanseriniam patikrinimui, bet nusiskundimų neturi. Negali būti apibraukta „B“ be „L“. Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, 5.2 grafos nepildo.

6 *grafa* – nurodomas apsilankymo priežasties (simptomo, ligos) kodas pagal TLK-10. Jei lankymosi priežastys yra kelios, nurodoma svarbiausioji. Specialistai, neradę savo profilį atitinkančios ligos, diagnozės kodo nerašo ir deda brūkšnį. Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, šios grafos nepildo. Jei paskutinio epizodo apsilankymo metu ligonis yra sveikas, nurodoma ta liga, dėl kurios ligonis lankėsi šio epizodo metu, o 5.2 grafoje žymima raidė „L“.

7 *grafa* – nurodomas vienas ar keli kodai specialistų (paslaugų), pas kuriuos ligonis siunčiamas konsultuoti toje ar kitoje įstaigoje; gydytojas gali nurodyti siuntimą sau. Gražinant ligonį siuntusiam gydytojui, ši *grafa* nepildoma. Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, šios *grafos* nepildo, nebent siunčia ligonį patys sau pakartotiniam tyrimui.

8 *grafa* – kainą įrašo ekonomistas (arba kitas paskirtas asmuo) pagal patvirtintą metodiką ir įkainius.

III dalyje žymimi visi apsilankymai pas gydytojus. Jeigu ligonis pas tos pačios srities gydytojus tą pačią dieną lankosi keletą kartų, įrašomas tik vienas apsilankymas.

Po lentelės ekonomistas ar kitas tam paskirtas asmuo įrašo ligonių kasos mokamą gydymo kainą.

Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, III dalį pildo taip:

1. Rentgenologai kiekvieno apsilankymo metu pildo tiek eilučių, kiek tyrimų (nuotraukų) atlieka to apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties (t. y. 5.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“ pirmajam, ketvirtajam, septintajam ir t. t. tyrimui; kitiems tyrimams apibraukiamas skaitmuo „3“).

2. Endoskopuotojai ir echoskopuotojai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties.

3. Klinikiniai fiziologai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties.

4. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų rūšių procedūrų atlieka to paties apsilankymo metu (už gydymo kurso metu atliktas apžiūras nemokama, bet jos į šią formą įrašomos). Mokama už kiekvieną skirtingą procedūrą (t. y. 5.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

5. Anesteziologai pildo tiek eilučių, kiek kartų atlieka bendrąją narkozę. Mokama už kiekvieną narkozę (t. y. 5.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

Brangūs tyrimai, procedūros ir kitos papildomai mokamos paslaugos, kurias teikia ambulatorinė grandis, taip pat įrašomi III dalies 1 lentelėje atskira eilute nurodant atitinkamą paslaugos kodą. Mokama už kiekvieną tyrimą, procedūrą ar kitą papildomą paslaugą (t. y. 5.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

IV dalis. Galutinės patikslintos diagnozės

Ši lentelė pildoma visoms galutinėms (patikslintoms) diagnozėms.

1 *grafa* – nurodoma galutinės diagnozės nustatymo data.

2 *grafa* – nurodomas galutinės diagnozės pavadinimas.

3 *grafa* – nurodomas diagnozės kodas pagal TLK-10.

4 *grafa* – jei yra trauma, nurodoma jos priežastis pagal pateikiamą trumpą sąrašą.

1. Transporto įvykis.

2. Trauma, siejama su darbu (trauma darbo vietoje).

3. Trauma viešojoje vietoje (gatvėje, viešose įstaigose ir pan.).

4. Trauma buityje.

5. Trauma organizuotuose sporto renginiuose (išskyrus mokymo įstaigose).

6. Trauma ugdymo ir mokymo įstaigoje.

7. Tyčinis susižalojimas.

8. Pasikėsinimas.

9. Kitos ir nepatikslintos traumos.

Traumos priežastis nurodoma tik pirmą kartą registruojamoms traumoms (t. y. žymimoms su „+“ ženklu) ir nenurodoma liekamiesiems reiškiniams po traumų.

5 *grafa* – visos ūminės ir pirmą kartą gyvenime nustatytos lėtinės ligos žymimos „+“, lėtinės pirmą kartą šiais metais nustatytos ligos, diagnozuotos anksčiau – „-“. Visos kitos ligos, pakartotinai diagnozuojamos šiais metais, žymimos „0“.

Vieno epizodo metu gali būti nustatyta keletas patikslintų diagnozių. Galutinė diagnozė gali būti – „sveikas“, jei ligonį tiriant ar tikrinant profilaktiškai nė vienas specialistas jokios ligos nenustato (tokiu atveju reikia nurodyti TLK-10 kodą Z00). Jei nėra aiškios patikslintos diagnozės, įrašoma nepatikslinkta, neaiški diagnozė su „0“. Ūmines ligas ir traumas įrašo gydytojas, patikslinęs (galutinai patvirtinęs) diagnozę. Lėtinės ligas, dėl kurių ligonis dispanserizuojamas, įrašo specialistas, stebintis ligonį. Kitas ligas įrašo ligonį gydantis gydytojas. Konsultacinės poliklinikos (skyriai) šioje lentelėje diagnozes žymi „0“, išskyrus dispanserizuotus arba nuolat šiose įstaigose besigydančius ligonius.

Pildant IV lentelę reikia atsižvelgti į patikslintų diagnozių lapą „Asmens sveikatos istorijoje (ambulatorinėje kortelėje)“.

V dalis. Rezultatas

Pildoma pasibaigus epizodui arba baigiant pildyti formą.

1. Rezultatas (nurodomas vienas iš skaičių):

1) gydymas baigtas – nurodoma pasibaigus gydymui (ūmioms ligoms ar lėtinių ligų paūmėjimams, jei ligonis nedispanserizuotas) ar pasibaigus ilgalaikiam stebėjimui;

2) gydymas tęsiamas – nurodoma, kai gydymas tęsiamas nedispanserizuotam ligoniui;

3) ilgalaikis stebėjimas tęsiamas – nurodomas, kai tęsiamas dispanserinis (ilgalaikis) stebėjimas (gydymas);

4) ligonis neatvyko – nurodoma, kai ligonis neatvyksta paskirtu laiku;

5) siuntimas į kitą įstaigą ambulatoriniam gydymui – nurodoma, kai ligonis siunčiamas į kitą įstaigą tolesniam ambulatoriniam gydymui. Jei ligonis siunčiamas į kitą įstaigą tik konsultuoti, epizodas tęsiasi ir forma pildoma toliau;

6) siuntimas stacionariniam gydymui – nurodoma, kai ligonis siunčiamas stacionariniam gydymui toje pačioje ar kitoje įstaigoje, nepriklausomai nuo to, ar jis sugrįš gydytis į siuntusią įstaigą ar ne;

7) siuntimas sanatoriniam gydymui – nurodoma, kai ligonis siunčiamas reabilitaciniam, sveikatą grąžinančiam bei antirecidyviniam gydymui;

8) kita – nurodoma, kai pasibaigia profilaktinio patikrinimo ar tyrimo epizodas, ligoniui mirus ir kitais anksčiau neapibrėžtais atvejais.

Epizodas tęsiamas, jei rezultatas yra *gydymas tęsiamas* arba *ilgalaikis stebėjimas tęsiamas*. Kitais atvejais epizodas baigtas.

2. Formos pildymo pabaigos data. Nurodomi metai, mėnuo, diena.

VI dalis

Šioje dalyje gydytojas, akušeris ar slaugytojas, baigiantis pildyti formą, pasirašo ir deda savo spaudą.

Skyriaus pakeitimai:

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

Ypatingi atvejai

1. Jei ligonis atvyksta registruotis pas gydytoją dėl kitos priežasties nepasibaigus ankstesniam epizodui ir jo ambulatorinėje kortelėje yra ši forma, visi apsilankymai įrašomi joje, o nauja forma nepildoma.

2. Jeigu ligonis atvyksta į ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą iškart dėl kelių prižasčių (ligų) arba lankosi iškart pas kelis specialistus dėl skirtingų problemų, tai laikoma vienu gydymosi epizodu su keliomis diagnozėmis, ir visi apsilankymai įrašomi į tą pačią formą.

3. Jeigu forma pamesta (negrąžinta į statistikos skyrių, nėra ambulatorinėje kortelėje), pagal formų registravimo žurnalą nustatoma, kam ji išduota, ir pagal ambulatorinės kortelės įrašus forma atkuriamą.

4. Jeigu ligonis neatvyko pas gydytoją paskirtu laiku (paskirtą dieną) ir neaišku, ar epizodas pasibaigė, ar ne, forma toliau laikoma ambulatorinėje kortelėje ir baigiama pildyti praėjus mėnesiui nuo jos pildymo pradžios. Pildyti baigia gydytojas, paskyręs kitą apsilankymą, ligoniui neatvykus.

5. Jeigu ligonis siunčiamas konsultuoti į kitą gydymo įstaigą, apie siuntimą pažymima apsilankymų lentelėje (III dalis, 1 punktas, 7 grafa) ir laukiama konsultanto atsakymo. Ne vėliau kaip per tris dienas po konsultacijos ją atlikęs gydytojas privalo pranešti siuntusiajam apie konsultacijos rezultatus arba ligonis pats turi atvykti su šiais rezultatais. Epizodas tęsiasi toliau.

6. Jeigu gydymo įstaiga sužino, kad ligonis mirė, forma baigiama pildyti jo mirties dieną. Jeigu mirties liudijimą išrašo ambulatorinė gydymo įstaiga, tai prilyginama apsilankymui ir pažymima formoje.

7. Jeigu ligonis lankomas namie ne pirmą kartą (t. y. forma jau pradėta pildyti), vizitai žymimi formoje ir aprašomi ambulatorinėje kortelėje. Jeigu vizitu į namus – pirmuoju gydytojo apsilankymu – pradedamas epizodas (forma pildyti nepradėta), gydytojas, grįžęs į įstaigą, aprašo vizitą ambulatorinėje kortelėje, o registratūroje pradedama pildyti nauja forma.

8. Jei formoje trūksta vietos apsilankymams žymėti, pildomas naujas formos blankas, kuriame įrašomas tas pats numeris ir pažymima, kad forma tęsiama. Pildoma tik III naujo blanko dalis; abu blankai susegami.

9. Formą pildo ir dienos stacionarai (priklausantys poliklinikoms ar ligoninių stacionarams). Dienos stacionaras pildo atskirą formos egzempliorių (nepriklausomai nuo esamos ar nesamos formos su apsilankymų poliklinikoje duomenimis). Kiekvienas lovardienis žymimas kaip apsilankymas – atskira eilutė, nurodant paslaugos kodą. Mokamas kiekvienas lovardienis (t. y. III dalyje 1 lentelėje 5.1 grafoje apibraukiamas skaitmuo „2“).

10. Jei į kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą siunčiama paciento tiriamoji medžiaga, siunčiančioji įstaiga užpildo 2 formas „Biopsinės ir operacinės medžiagos siuntimas tirti“ (forma Nr. 014-1/a) egzemplorius, o tiriančioji asmens sveikatos priežiūros įstaiga gali pildyti tik elektroninę Nr. 025/a-LK formą. Šiuo atveju asmens sveikatos priežiūros įstaiga privalo užtikrinti elektroninių 025/a-LK formų saugojimą pagal teisės aktų reikalavimus.

11. Formą Nr. 025/a-LK gali pildyti akušeris ir slaugytojas pagal savo kompetenciją.

Konsultacijų skaičiavimas:

1. Kiekvienas ūmios ligos ar lėtinės ligos paūmėjimo atvejis laikomas nauju epizodu, jei prieš tai buvęs šios ligos epizodas yra pabaigtas (t. y. nebuvo gydymo ar ilgalaikio stebėjimo tęsimo). Kiekviename epizode konsultacijos skaičiuojamos iš naujo, t. y. mokama už pirmą, ketvirtą, septintą ir t. t. apsilankymus nepriklausomai nuo to, kiek apsilankymų buvo ankstesnio epizodo metu.

2. Jei gydymo ar ilgalaikio stebėjimo epizodas tęsiasi ilgai, tai mokama tik už kas ketvirtą apsilankymą. Tačiau konsultacijų skaičiavimas yra apribotas vieneriais metais. Pvz.: jei dispanserizuotas ligonis lankėsi dėl tos pačios ligos tris kartus per metus, tai bus traktuojama tik kaip viena mokama konsultacija. Bet jei ligonis ateina tik kartą į metus, tai kiekvienais metais jam bus skaičiuojama nauja apmokama konsultacija.

Skyriaus pakeitimai:

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

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

Formų Nr. 025/a-LK apskaita

Forma yra priskiriama mėnesui, kurį ji buvo baigta pildyti, nepriklausomai nuo to, kad ir ankstesnio mėnesio apsilankymai yra įrašyti į šią formą. Tiek statistinėse, tiek ir ekonominėse ataskaitose skaičiuojamos tik užbaigtos formos.

Įsigaliojus šiai integruotai formai rekomenduojama nebenaudoti formų Nr. 039/a „Gydytojo darbo apskaitos žiniaraštis“ ir Nr. 025-2/a „Statistinis talonas galutinei (patikslintai) diagnozei registruoti“, o ar pildyti formą Nr. 025-4/a „Priėmimo pas gydytoją talonas“ ir kaip ją pildyti, spęs pati įstaiga. Kadangi formas tvarkyti, ypač rankiniu būdu, gan sudėtinga, atsisakyti senųjų reikėtų laipsniškai, gerai išmokus pildyti naująją formą.

Informacija, pateikiama formoje Nr. 025/a-LK, yra minimali ir privaloma. Įstaiga šią informaciją gali papildyti.

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

Metodinės rekomendacijos

Ši forma – tai nauja integruota kortelė, apimanti statistinę bei ekonominę informaciją, būtiną ir statistinei analizei bei ataskaitoms, ir gydymo kainai apskaičiuoti, ir ligonių kasų ataskaitoms sudaryti. Nauja integruota forma sukurta tam, kad informacija nesidubliuotų ir būtų patenkinti sveikatos statistikos bei sveikatos draudimo poreikiai. Ši kortelė sukurta formos Nr. 025/a „Asmens sveikatos istorija“ ir naujos formos Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė“ pagrindu.

Bendrieji principai

„Asmens ambulatorinio gydymo priėmimo skyriuje apskaitos kortelė“, forma Nr. 025-1/a-LK (toliau – forma), būtina darbui ligoninės priėmimo skyriuose (kambariuose) organizuoti. Remiantis šia forma, galima registruoti medicininę, statistinę ir ekonominę informaciją, išvengti daugkartinio informacijos dubliavimo, taip pat apskaičiuoti kiekvieno gydytojo dienos ar mėnesio darbo krūvį, mokėti už darbą įstaigoje bei racionaliau paskirstyti sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų resursus.

Forma pildoma visų stacionarines paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų priėmimo skyriuose (kambariuose) visiems ligoniams, kurie neguldomi į stacionarą arba kai jų hospitalizavimo būtinybė nėra aiški.

Formos pildymas

Forma pildoma ligoniui atvykus į priėmimo skyrių (kambarį). Užpildoma formos paso duomenų bei kreipimosi dalis. Po to ligonio apžiūros ir tyrimo metu gydytojai pildo medicininę informaciją bei informaciją apie atliktas konsultacijas (III formos dalis). Jei ligonis guldomas į stacionarą, forma (be titulinio lapo) įklijuojama į formą Nr. 003 „Gydymo stacionare ligos istorija“. Jei ligonis neguldomas į stacionarą, jį išleidžiantis gydytojas pabaigia pildyti formą ir pasirašo. Forma užregistruojama priėmimo skyriaus ambulatorinių ligonių žurnale ir jai suteikiamas numeris. Kadangi visa medicininė informacija įrašoma į formą, priėmimo skyriaus ambulatorinių ligonių žurnale įrašoma tik trumpa informacija apie ligonio lankymosi priežastį. Ambulatoriniam ligoniui, kuris atvyksta kelis kartus tą pačią dieną ar jam paskiriama atvykti kontrolei kitą dieną, pildoma ta pati forma. Užpildytos ambulatorinių ligonių formos duomenų apskaitai ir suvedimui perduodamos į statistikos skyrių (arba į kitą skyrių, atsakingą už duomenų suvedimą ir ataskaitas), iš jo – į archyvą.

Forma yra gydymo įstaigos dokumentas ir iš įstaigos ją išnešti griežtai draudžiama.

Priėmimo kambariuose esantys konsultacijų kabinetai, kuriuose II lygio specialistai konsultuoja PSPC ligonius, bei traumatologijos punktai pildo tokią pat dokumentaciją, kaip ir poliklinikos.

I dalis. Paso duomenys

Kortelės numeris turi sutapti su numeriu priėmimo skyriaus ambulatorinių ligonių registracijos žurnale.

1. *Asmens kodas.* Nurodomas iš dokumentų, patvirtinančių asmens tapatumą. Asmens kodas yra įrašytas piliečio pase ir socialinio arba sveikatos draudimo pažymėjime. Kol kas dalis gyventojų, tarp jų vaikai, asmens kodų neturi.

2. *Asmens socialinio draudimo numeris.* Nurodomas numeris, įrašytas socialinio arba sveikatos draudimo pažymėjime (jei ligonis juos pateikė).

3. *Dokumento pavadinimas, serija, numeris.* Pildoma tik asmenims, neturintiems asmens kodo: vaikams – gimimo liudijimas, jo serija ir numeris; kitiems asmenims – pasas (nurodant šalį), jo serija ir numeris.

4. *Vardas, pavardė.* Įrašoma pagal pateiktus dokumentus.

5. *Lytis: vyriška-1; moteriška-2.* Pabraukiama.

6. *Gimimo data.* Nurodoma iš dokumentų.

Jei įrašytas asmens kodas, 5 ir 6 punktai nepildomi.

7. *Adresas.* Gyvenamoji vieta įrašoma ta, kurią nurodo ligonis ar jo artimieji (vad. deklaruojama gyvenamoji vieta), o ne pagal gyvenamosios vietos registracijos įrašą.

8. *Gyvena: mieste-1; kaime-2.* Nurodoma remiantis miestų ir miesto tipo gyvenviečių sąrašu, kurį tvirtina Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

II dalis. Duomenys apie ligonio atvykimą

1. *Kreipimosi data.* Nurodomi metai, mėnuo, diena.

2. *Kreipiasi: su siuntimu – 1; be siuntimo – 2.* Nurodoma, kas reikia. Ligonis, atvežtas greitosios medicinos pagalbos, laikomas atvykusi su siuntimu.

3. *Siunčiančioji įstaiga.* Nurodomi siuntimo dokumentuose įrašyti teritorinės ligonių kasos kodas, įstaigos rejestro kodas ir pavadinimas. Taip pat nurodoma, jei ligonis atvyko be siuntimo (pats, pakeleivinga mašina ir kt.) ar buvo atgabentas greitosios medicinos pagalbos tarnybos.

4. *Siuntimo priežastis.* Perrašoma iš siuntimo dokumentų. Taip pat nuo siuntimo dokumentų nurašomas ligonio siuntimo priežasties (simptomo, ligos) kodas pagal TLK-10. Jei siuntimo dokumentuose kodas nenurodytas, jis ir nerašomas.

III dalis. Apsilankymai

1. *Apsilankymai.*

1 *grafa* – nurodoma apsilankymo data.

2 *grafa* – įrašomi gydytojo pavardė ir kodas (arba gydytojo spaudas).

3 *grafa* – nurodomas suteiktos paslaugos (ją suteikusio specialisto) kodas remiantis SAM įsakymais ir kitais norminiais dokumentais.

4 *grafa* – nurodomas paslaugos tipas.

4.1. Apibraukiamas vienas reikiamas skaitmuo:

„1“ – apsilankymas pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą;

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

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

„4“ – dalinai apmokama konsultacija;

„5“ – mokamas apsilankymas (mokėjo pats ligonis arba kita organizacija, ne ligonių kasa).

4.2. Apibraukiamos reikiamos raidės:

„L“ – apsilankymas dėl ligos (kai ligonis skundžiasi sveikata, nors liga ir nenustatoma);

„B“ – būtinoji pagalba pagal SAM įsakymus ir kitus norminius dokumentus.

Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, 4.2 grafos nepildo.

5 *grafa* – nurodomas apsilankymo priežasties (simptomo, ligos) kodas pagal TLK-10. Jei lankymosi priežastys yra kelios, nurodoma svarbiausioji. Specialistai, neradę savo profilį atitinkančios ligos, diagnozės kodo nerašo ir deda brūkšnį. Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, šios grafos nepildo.

6 *grafa* – nurodomas vienas ar keli kodai specialistų (paslaugų), kuriems ligonis siunčiamas konsultuoti toje įstaigoje. Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, šios grafos nepildo.

7 *grafa* – kainą įrašo ekonomistas (arba kitas tam paskirtas asmuo) pagal patvirtintą metodiką ir įkainius.

III dalyje žymimi visi apsilankymai pas gydytojus. Jeigu ligonis pas tos pačios srities gydytojus tą pačią dieną lankosi keletą kartų, įrašomas tik vienas apsilankymas.

Po lentelės ekonomistas ar kitas tam paskirtas asmuo įrašo ligonių kasos mokamą gydymo kainą.

Specialistai, išvardyti SAM 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.12 punkte, III dalį pildo taip:

1. Rentgenologai kiekvieno apsilankymo metu pildo tiek eilučių, kiek tyrimų (nuotraukų) atlieka to apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties (t. y. 4.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“ pirmajam, ketvirtajam, septintajam ir t. t. tyrimui; kitiems tyrimams apibraukiamas skaitmuo „3“).

2. Endoskopusotojai ir echoskopusotojai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties.

3. Klinikiniai fiziologai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Mokama už kas ketvirtą tyrimą, atliktą dėl tos pačios priežasties.

4. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai pildo tiek eilučių, kiek skirtingų rūšių procedūrų atlieka to paties apsilankymo metu (už gydymo kurso metu atliktas apžiūras nemokama, bet jos į šią formą įrašomos). Mokama už kiekvieną skirtingą procedūrą (t. y. 4.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

5. Anesteziologai pildo tiek eilučių, kiek kartų atlieka bendrąją narkozę. Mokama už kiekvieną narkozę (t. y. 4.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

Brangūs tyrimai, procedūros ir kitos papildomai mokamos paslaugos, kurias teikia ambulatorinė grandis, taip pat įrašomi III dalies 1 lentelėje atskira eilute nurodant atitinkamą paslaugos kodą. Mokami kiekvienas tyrimas, procedūra ar kita papildoma paslauga (t. y. 4.1 punkte apibraukiamas skaitmuo „2“).

IV dalis. Rezultatas

Pildoma baigiant pildyti formą.

1. Rezultatas (nurodomas vienas iš skaičių):

1. gydymas baigtas – nurodoma pasibaigus gydymui;

4. ligonis savavališkai pasišalino – nurodoma, kai ligonis savavališkai (adresas) pasišalina iš priėmimo skyriaus;

5. siuntimas ambulatoriniam gydymui – nurodoma, kai ligonis siunčiamas tolesniam ambulatoriniam gydymui;

6. siuntimas į kitą įstaigą stacionariniam gydymui – nurodoma, kai ligonis siunčiamas stacionariniam gydymui kitoje įstaigoje;

8. kita – nurodomas ligoniui mirus ir kitais anksčiau neapibrėžtais atvejais.

2. Gydytojo spaudas. Gydytojas, baigiantis pildyti formą, pasirašo ir deda savo spaudą.

Ypatingi atvejai

Jei formoje trūksta vietos apsilankymams žymėti, pildomas naujas formos blankas, kuriame įrašomas tas pats numeris ir pažymima, kad forma tęsiama. Pildoma tik III naujo blanko dalis; abu blankai susegami.

Informacija, pateikiama formoje Nr. 025-1/a-LK, yra minimali ir privaloma. Įstaiga šią informaciją gali papildyti.

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