

Лечебно заведение: .....

Адрес: .....

Област: .....

**СТАТИСТИЧЕСКА ИНФОРМАЦИЯ**  
**Формуляр "3" – 15**

Утвърден от Министерството на здравеопазването.

Съставя се от лечебните заведения и се представя до 20-то число на месеца след отчетното тримесечие в РЗИ. Последният съставя обобщен отчет за областта и го изпраща до 25-то число в НЦОЗА.

**С В Е Д Е Н И Е**

за случаите на остър инфаркт на миокарда през ..... тримесечие на 202 ..... година

(Брой)

	шифър	общо	от тях:								
			мъже			жени			направена фибрилолиза	направена коронарна ангиопластика	
			от тях на възраст:			от тях на възраст:					
			под 35 г.	35 до 55 г.	над 55 г.	под 35 г.	35 до 55 г.	над 55 г.			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Хоспитализирани – всичко	01										
– от тях в интензивна структура	02										
Умрели от общия брой хоспитализирани	03										
– от тях в интензивна структура	04										
Хоспитализирани и нехоспитализирани	05										
– от тях с диагноза:											
остър трансмурален инфаркт на миокарда на предната стена – I21.0	06										
остър трансмурален инфаркт на миокарда на долната стена – I21.1	07										
остър трансмурален инфаркт на миокарда с други уточнени локализации – I21.2	08										
остър трансмурален инфаркт на миокарда с неуточнена локализация – I21.3	09								X	X	
остър субендокарден инфаркт на миокарда – I21.4	10								X		
остър инфаркт на миокарда неуточнен – I21.9	11										
повторен инфаркт на миокарда на предната стена – I22.0	12										
повторен инфаркт на миокарда на долната стена – I22.1	13										
повторен инфаркт на миокарда с друга уточнена локализация – I22.8	14										
повторен инфаркт на миокарда с неуточнена локализация – I22.9	15										

2023

Дата: .....

Директор/Управител: .....  
(подпис и печат)

Директор на РЗИ: .....  
(подпис, печат)