

ORDIN NR. 648/406 DIN 3 Iunie 2014

pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Nr. 648 din 3 iunie 2014

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Nr. 406 din 2 iunie 2014

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 417 din 5 iunie 2014

Văzând Referatul de aprobare nr. NB 3.745 din 3 iunie 2014 al Ministerului Sănătății nr. DG 897 din 2 iunie 2014 și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și ale Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015,

în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. I

Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 14 din 9 ianuarie 2007, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 3, după alineatul (8) se introduce un nou alineat, alineatul (9), cu următorul cuprins:

"(9) Pentru pacienții care beneficiază de îngrijiri în asistența medicală de lungă durată, documentul FOCC se închide la 31 decembrie, urmând să fie redeschis un nou episod de spitalizare cu data de 1 ianuarie, dacă pacientul beneficiază în continuare de aceleași servicii."

2. La articolul 9, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(5) Transmiterea SMDPZ se face lunar, în formatul valabil la momentul închiderii/raportării fișei/vizitei până la data de 5 a lunii, începând cu luna iulie 2014, și va conține informații referitoare la:

- a) cazurile rezolvate în spitalizare de zi în luna precedentă;
- b) serviciile acordate în regim de spitalizare de zi efectuate în luna precedentă, pentru care, în vederea decontării, nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi după fiecare vizită;
- c) serviciile acordate în regim de spitalizare de zi pentru care, în vederea decontării, s-a închis fișa de spitalizare de zi în luna precedentă, după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical;
- d) serviciile acordate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare, având data predării pacientului în luna precedentă."

3. Anexele nr. 2, 3, 4, 5 și 7 se modifică și se înlocuiesc cu anexele nr. I, II, III, IV și V, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

ART. II

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu luna iunie 2014.

Ministrul sănătății,
Nicolae Bănicioiu

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Gheorghe-Radu Țibichi

ANEXA I*)
(Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1.782/576/2006)

*) Anexa nr. I este reprodusă în facsimil.

Județul Nr. înregistrare SC
Localitatea CNP pacient
Spitalul Situații speciale*1)
Întocmit de:
parafa medicului

Secția Internat prin*3):

FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ GENERALĂ

NUMELE PRENUMELE Sexul M/F

Data nașterii: zi lună an | Grup sangvin: A/B/AB/0;
Rh +/-
Domiciliul legal: județul Localitatea | Alergic la:
Data internării:
Sect. Mediul U/R Str. Nr. | ora
Reședința: județul Localitatea | zi lună
Sect. Mediul U/R Str. Nr. | an
Cetățenie: Român Străin | Data externării:
Greutatea la naștere (nou născuți) grame | ora
Greutatea la internare grame | zi lună
(copii 0 - 1 an) | an
Nr. zile spitalizare ...
Nr. zile c.m. la
externare

CNP mamă FO mamă

Ocupația: fără ocupație (1); salariat (2); lucrător pe cont propriu (3);
patron (4); agricultor (5); elev/student (6); șomer (7); pensionar (8)
Locul de muncă
Nivel de instruire: fără studii (1); ciclul primar (2); ciclul gimnazial (3);
școală profesională (4); liceu (5); școală postliceală (6); studii
superioare de scurtă durată (7); studii superioare (8); nespecificat (9)

C.I./B.I. seria Nr.

Certificat naștere (copil) seria Nr.

Statut asigurat: | Asigurat CNAS | Asigurare
voluntară | Neasigurat

Tip asig. CNAS: Obligatorie CAS Acord internațional

Card european Formulare europene

Nr. card european

Nr. pașaport

Nr. card național

Tipul internării: fără bilet internare (1); bilet internare MF (2);

bilet internare Med. Spec. (3); transfer interspit. (4); la cerere (5);

alte (9) | Serie BI | Nr. BI

Criteriu internare*2):

Diagnosticul de trimitere:

Diagnosticul la internare:

.....

Semnătura și parafa medicului

Diagnosticul la 72 de ore:

Diagnosticul principal la externare:

.....

Diagnostice secundare la externare (complicații/comorbidități):

1.

2.

3.

4.

5.

Semnătura și parafa medicului șef

Semnătura și parafa medicului curant

.....

.....

23.3 A4 t2

Număr ore de ventilație mecanică: |

Intervenția chirurgicală principală:

.....

Consimțământul pentru intervenție:

Echipa operatorie: | medic operator principal |
| medic operator II medic ATI |
| medic operator III asistent/ă |

Data și ora începerii intervenției: __/__/__ :__

Data și ora sfârșit intervenție: __/__/__ :__

Intervenții chirurgicale concomitente (cu cea principală):

1

Echipa operatorie: | medic operator principal |
| medic operator II medic ATI |
| medic operator III asistent/ă |

Data și ora începerii intervenției: __/__/__ :__

Data și ora sfârșit intervenție: __/__/__ :__

2

Echipa operatorie: | medic operator principal |
| medic operator II medic ATI |
| medic operator III asistent/ă |

Data și ora începerii intervenției: __/__/__ :__

Data și ora sfârșit intervenție: __/__/__ :__

Alte intervenții chirurgicale:

1

Echipa operatorie: | medic operator principal |
| medic operator II medic ATI |
| medic operator III asistent/ă |

Data și ora începerii intervenției: __/__/__ :__

Data și ora sfârșit intervenție: __/__/__ __:__

2 |__|__|__|__|__|__|

Echipe operatorie: | medic operator principal |
| medic operator II medic ATI |
| medic operator III asistent/ă |

Data și ora începerii intervenției: __/__/__ __:__

Data și ora sfârșit intervenție: __/__/__ __:__

Examen citologic
Examen extemporaneu
Examen histopatologic (biopsie - piesă operatorie)

Transfer între secțiile spitalului:

Secția	Diagnostic	Data și ora intrării	Data și ora ieșirii	Nr. zile spitalizare

Starea la externare: vindecat (1); ameliorat (2);
staționar (3); agravat (4); decedat (5) |__|
Tipul externării: externat (1); externat la cerere (2);
transfer interspitalicesc (3); decedat (4) |__|
Deces: intraoperator (1); postoperator: 0 - 23 ore (2);
24 - 47 ore (3); > 48 ore (4) |__|

Data și ora decesului: zi |__| luna |__| an |__|__|__| ora |__|__|__|

Diagnostic în caz de deces:
a. Cauza directă (imediată)
b. Cauza antecedentă

I. Stări morbide inițiale:
c.
d.

II. Alte stări morbide importante
Diagnostic anatomo-patologic (autopsie), macroscopic:
.....
.....
Microscopic:
.....
.....

Codul morfologic (în caz de cancer) M |__|__|__|__|

Explorări funcționale:

	Denumirea	Codul	Nr.
1.	__ __ __ __ __	__
2.	__ __ __ __ __	__
3.	__ __ __ __ __	__
4.	__ __ __ __ __	__
5.	__ __ __ __ __	__
6.	__ __ __ __ __	__

Investigații radiologice:

	Denumirea	Codul	Nr.
7.	□□□□□□□□	□□
8.	□□□□□□□□	□□
9.	□□□□□□□□	□□
10.	□□□□□□□□	□□
11.	□□□□□□□□	□□
12.	□□□□□□□□	□□

Alte proceduri terapeutice:

	Denumirea	Codul	Nr.
13.	□□□□□□□□	□□
14.	□□□□□□□□	□□
15.	□□□□□□□□	□□
16.	□□□□□□□□	□□
17.	□□□□□□□□	□□
18.	□□□□□□□□	□□

ALTE OBSERVAȚII:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

| 28 | 29 | 30 |
| _ | _ | _ |

MOTIVELE INTERNĂRII:
.....
.....
.....

ANAMNEZA:
a) Antecedente heredo-colaterale
.....
.....
b) Antecedente personale, fiziologice și patologice
.....
.....
c) Condiții de viață și muncă
.....
.....
d) Comportamente (fumat, alcool etc.)
.....
.....

e) Medicatie de fond administrată înainte internării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare)

.....
.....
.....
.....
ISTORICUL BOLII:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EXAMENUL CLINIC GENERAL

EXAMEN OBIECTIV

Starea generală Talie Greutate

Starea de nutriție Starea de conștiință

Facies

Tegumente

Mucoase

Fanere

Țesut conjunctiv-adipos

Sistem ganglionar

Sistem muscular

Sistem osteo-articular

APARAT RESPIRATOR

APARAT CARDIOVASCULAR

APARAT DIGESTIV

FICAT, CĂI BILIARE, SPLINĂ

APARAT URO-GENITAL

SISTEM NERVOS, ENDOCRIN, ORGANE DE SIMȚ

.....
.....
.....

- EXAMEN ONCOLOGIC:
1. Cavitataea bucală
 2. Tegumente
 3. Grupe ganglioni palpabile
 4. Sân
 5. Organe genitale feminine
 6. Citologia secreției vaginale
 7. Prostată și rect
 8. Alte

ALTE EXAMENE DE SPECIALITATE

EXAMENE DE LABORATOR

EXAMENE RADIOLOGICE (rezultate)

EXAMENE ECOGRAFICE (rezultate)

INTERVENȚII CHIRURGICALE (numărul intervenției chirurgicale, protocol operator):

EXAMENE ANATOMO-PATOLOGICE:

boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare;	3
bolnavi aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor spital;	4
diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu sau spitalizare de zi.	5

Notă 3
privind structura prin care se realizează internarea pacientului

Internat prin	Cod
Biroul de internări	1
Camera de gardă	2
Unitate de primire urgențe	3
Centru de primire urgențe	4

INSTRUCȚIUNI

privind completarea formularului Foaie de observație clinică generală (FOCG)

1. Completarea următoarelor rubrici se face cu litere majuscule: județul, localitatea, spitalul, secția, numele, prenumele și toate diagnosticele de pe prima pagină.

2. Completarea FOCG se face pe baza următoarelor acte oficiale:

- a) buletin de identitate;
- b) talon de pensie;
- c) certificat de naștere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate);
- d) pașaport;
- e) permis de conducere.

3. Rubricile se completează și se codifică astfel:

3.1. Județul și localitatea se referă la spital; completarea codului județului se va face alfabetic pe județele țării, codificându-se conform listei din anexă care face parte integrantă din prezentele instrucțiuni cu 01 (județul Alba) și în continuare până la 42 (municipiul București).

3.2. Spitalul și secția se trec și se codifică conform nomenclatorului unităților sanitare publicat pe pagina de internet a Ministerului Sănătății: www.ms.ro, respectiv Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare.

Următoarele structuri se codifică astfel:

Nr. crt.	Secție	Cod
1.	Recuperare medicală	1393_REC
2.	Psihiatrie cronici	1333.2
3.	Psihiatrie cronici (lungă durată)	1333.1
4.	Distrofici pediatrie (recuperare pediatrică)	1272.2
5.	Pediatrie (recuperare pediatrică)	1272.1
6.	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	1222.2
7.	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II	1222.1
8.	Îngrijiri paleative	1061_PAL

3.3. Numărul de înregistrare al FOCG se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieșiri pentru spitalizarea continuă; numerotarea începe cu 00001 la 1 ianuarie al fiecărui an.

3.4. CNP pacient - se completează pe baza unui act oficial menționat la pct. 2, după cum urmează:

- a) pentru cetățenii români;
- b) pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au atribuit de către Ministerul Afacerilor Interne, cod numeric personal;
- c) pentru cetățenii statelor membre ale UE/SEE/Elveția, beneficiari ai formularelor europene care au atribuit de către Ministerul Afacerilor Interne, cod numeric personal;

3.5. Situații speciale - se codifică atunci când situația o impune conform Notei 1 a formularului FOCG.

3.6. "Întocmit de" - se trece numele medicului care a întocmit FOCG și se aplică parafa acestuia.

3.7. Internat prin - se codifică conform Notei 3 a formularului FOCG.

3.8. Sexul - se completează în căsuța alăturată litera M (masculin) sau F (feminin).

3.9. Data nașterii se codifică în căsuțele respective cu 01 - 31 (zi), 01 - 12 (lună), anul calendaristic respectiv.

3.10. Domiciliul legal - județul, localitatea, sectorul - pentru municipiul București, urban/rural, strada și numărul etc. se completează pe baza actelor oficiale prevăzute la pct. 2.

3.11. Reședința corespunde cu județul, localitatea, sectorul etc. unde locuiește în prezent persoana spitalizată și se completează, de asemenea, pe baza actelor oficiale prevăzute la pct. 2.

3.12. Cetățenia - se bifează în căsuța corespunzătoare pe baza documentelor de identitate și se înscrie pentru cetățenii străini cetățenia.

3.13. Greutatea la naștere se completează pentru nou-născuți.

3.14. Greutatea la internare se completează pentru copiii sub un an (0 - 1 an).

3.15. CNP-ul mamei se completează numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an.

3.16. Numărul FOCG al mamei se completează numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an, când mama este internată în același spital.

3.17. Ocupația - se trece în căsuța alăturată codului ocupației (de la 1 la 8).

3.18. Locul de muncă se completează de pe dovada eliberată de unitatea unde este angajată persoana respectivă.

3.19. Nivelul de instruire - se trece în căsuța alăturată codul pentru nivelul de instruire (de la 1 la 9).

3.20. Statut asigurat - se completează pe baza documentelor care atestă calitatea de asigurat, după cum urmează:

a) asigurat CNAS - pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie, acord internațional, card european, formulare europene;

b) asigurare voluntară - pentru cei care au o asigurare privată;

c) neasigurat - pentru pacienții care nu au nici asigurare CNAS, nici asigurare voluntară.

3.21. Tip asigurare - se completează numai pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare CNAS, astfel:

a) se bifează "Obligatorie" - pentru cetățenii români sau străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare;

b) se bifează "Acord internațional" - pentru persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale în domeniul sănătății. În absența codului numeric personal al pacientului se completează numărul pașaportului.

c) se bifează "Card european" - cetățenii străini care prezintă un card european de asigurări sociale de sănătate emis de un alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană. În baza acestui card, persoana respectivă beneficiază de acele servicii medicale care devin necesare în perioada șederii sale în România; în această situație se completează și numărul cardului în secțiunea Nr. card european;

d) se completează "Formularele europene" (E106, E109, E112, E120, E121, Sxxx) - pentru cetățenii străini pe baza formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială. În absența codului numeric personal al pacientului se completează numărul pașaportului.

e) Nr. card național se completează pentru cetățenii români pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate.

3.22. CAS - se completează pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie și asigurare facultativă.

3.23. Criteriul de internare - se completează numeric în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, conform Notei 2 privind criteriile de internare, atașată FOCG.

4. Grupul sangvin, Rh și alergic la - se completează pe baza actelor medicale ale pacientului, fie pe baza investigațiilor ce se efectuează la internarea în spital.

5. Tipul internării: se trece în căsuța alăturată codul tipului de trimitere (de la 1 la 5, respectiv 9), după cum urmează:

1 - fără bilet de internare;

2 - bilet de internare de la medicul de familie (BI MF);

3 - bilet de internare de la medicul specialist (BI MS);

4 - transfer interspitalicesc;

5 - internare la cerere.

9 - alte - bilet de internare de la medici care au încheiate convenții cu casa de asigurări de sănătate pentru a elibera bilete de internare: medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de

asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Pentru tipul internării BI MF (2), BI MS (3) și alte (9), se completează seria BI cu seria biletului de internare și nr. BI cu numărul biletului de internare.

6. Data internării și externării, ora internării și externării, numărul zilelor de spitalizare și numărul de zile de concediu medical acordate la externare se completează în căsuțele corespunzătoare.

7. Diagnosticul de trimitere se completează de medicul de gardă pe baza biletului de trimitere (internare) numai pentru pacienții care se prezintă la spital cu bilet de trimitere (internare); se notează diagnosticul precizat de medicul care a trimis pacientul pentru a fi spitalizat; diagnosticul de trimitere nu se codifică.

8. Diagnosticul de internare este cel al medicului de gardă al spitalului și este semnat și parafat; el se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1.

9. Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, nu se codifică.

10. Diagnosticul la externare se completează și se codifică de către medicul curant conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011. În caz de transfer intraspitalicesc, comisia de specialitate/consiliul medical din spital va stabili pentru o FOCG un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celelalte diagnostice vor fi trecute dacă este cazul la diagnostice secundare și complicații.

10.1. Diagnosticul principal are două rânduri, al doilea pentru situațiile de codificare duală:

10.1.1. În caz de traumatisme și otrăviri:

- a) în primul rând se trece natura acestora (capitolele S, T din clasificarea RO DRG v.1);
- b) în al doilea rând se trece cauza externă (capitolele V, W, X, Y din clasificarea RO DRG v.1).

10.1.2. În cazul afecțiunilor notate cu dagger (+) și asterix (*):

- a) în primul rând se trece diagnosticul cu (+);
- b) în al doilea rând se trece cel cu (*).

10.2 Diagnosticele secundare (complicații/comorbidități) se înregistrează pentru celelalte afecțiuni, concomitente cu diagnosticul principal, trecându-se exclusiv complicațiile/comorbiditățile pentru care pacientul a fost investigat și tratat în timpul episodului respectiv de boală; se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.

NOTĂ:

La codificare se va ține seama de standardele și reglementările de clasificare și codificare în vigoare, trecându-se exclusiv complicațiile/comorbiditățile pentru care pacientul a necesitat îngrijiri suplimentare și/sau monitorizare, a fost investigat și/sau tratat în timpul episodului respectiv de boală.

11. Număr de ore de ventilație mecanică - se completează cu numărul de ore de ventilație mecanică continuă, cuprins între data, ziua, ora intubării și data, ziua, ora detubării, calculat astfel:

- a) dacă pacientul nu necesită asistarea respirației, numărul de ore de ventilație mecanică nu se completează;
- b) dacă pacientul necesită asistarea respirației într-un singur episod de ventilație mecanică pe durata spitalizării, numărul de ore de ventilație mecanică este egal cu durata acestui episod;
- c) dacă pacientul necesită asistarea respirației în episoade de ventilație mecanică fragmentate pe durata spitalizării, numărul de ore de ventilație mecanică este egal cu durata celui mai lung episod.

12. Intervenția chirurgicală principală, cele concomitente, alte intervenții chirurgicale: se completează pe baza Registrului protocol operator, trecându-se echipa operatorie, codurile respective, conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011, data și ora de început și de sfârșit a acestora.

a) Data și ora de început se referă la momentul în care pacientul este poziționat în vederea efectuării procedurii chirurgicale.

b) Data și ora de sfârșit se referă la momentul în care pacientul părăsește sala de operație/cabinetul de examinare.

13. Examen citologic, extemporaneu, histopatologic - se trec elementele mai importante ale examenelor respective efectuate în spital.

14. Transfer între secțiile spitalului - se completează de fiecare secție în care a fost internat și transferat pacientul.

15. Starea la externare, tipul externării și decesul intraoperator și postoperator se completează și se codifică de medicul curant în căsuțele respective.

16. Diagnosticul în caz de deces se completează și se codifică tot de medicul curant, concomitent cu Certificatul constatator de deces, utilizându-se clasificția internațională a maladiilor CIM, revizia 10 OMS.

17. Diagnosticul anatomopatologic se completează pe baza buletinului de examinare histopatologică ale anatomopatologului care, în caz de tumori maligne, trece și codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broșura de clasificție a tumorilor.

18. Explorări funcționale și investigații radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații. Codificarea se face conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.

19. Motivele internării - se trec semnele și simptomele care au motivat spitalizarea pacientului.

20. Anamneza și istoricul bolii vor cuprinde pe subcapitole (a, b, c, d, e) tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea.

21. Examenul clinic general, examenul oncologic, alte examene speciale, cele radiologice, anatomopatologice, ecografice etc. Examenul clinic general este cel al medicului curant, iar celelalte sunt ale altor secții sau laboratoare și sunt trecute în buletinele de investigații, din care medicul curant va trece în FOCG ceea ce este mai important pentru cazul tratat, anexând și buletinele.

22. Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant*) și revăzut de șeful secției respective. Cuprinde rezumativ principalele etape ale spitalizării și ale tratamentului acordat pe parcurs, recomandările date celui externat, medicamentele prescrise, comportamentul indicat acestuia în perioada următoare externării.

23. Semnătura și parafa medicului - se completează de către medicul curant.

*) Se consideră medic curant numai medicii care lucrează în secțiile cu paturi, astfel:

a) în secțiile medicale va fi considerat medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticele la externare;

b) în secțiile chirurgicale va fi considerat medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticele la externare dacă nu s-au efectuat intervenții chirurgicale

sau

medicul operator principal ("mâna întâi") la intervenția chirurgicală principală;

c) la secțiile de obstetrică-ginecologie:

- dacă nu există o naștere - se consideră medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticele la externare dacă nu s-au efectuat intervenții chirurgicale

sau

medicul operator principal ("mâna întâi") la intervenția chirurgicală principală;

- dacă are loc o naștere - se consideră medic curant medicul care a asistat nașterea sau medicul operator principal în cazul nașterii prin operație cezariană.

ANEXA 1
la instrucțiuni

LISTA
codurilor județelor

JUDEȚUL	Cod județ
ALBA	01
ARAD	02
ARGEȘ	03
BACĂU	04
BIHOR	05
BISTRIȚA-NĂSĂUD	06
BOTOȘANI	07
BRAȘOV	08
BRĂILA	09
BUZĂU	10
CARAȘ-SEVERIN	11
CĂLĂRAȘI	12
CLUJ	13
CONSTANȚA	14
COVASNA	15
DÂMBOVIȚA	16
DOLJ	17
GALAȚI	18
GIURGIU	19
GORJ	20
HARGHITA	21
HUNEDOARA	22
IALOMIȚA	23
IAȘI	24
ILFOV	25
MARAMUREȘ	26
MEHEDINȚI	27
MUREȘ	28
NEAMȚ	29
OLT	30
PRAHOVA	31

SATU MARE	32
SĂLAJ	33
SIBIU	34
SUCEAVA	35
TELEORMAN	36
TIMIȘ	37
TULCEA	38
VASLUI	39
VÂLCEA	40
VRANCEA	41
BUCUREȘTI	42

ANEXA III*)
(Anexa nr. 4 la Ordinul nr. 1.782/576/2006)

*) Anexa nr. III este reprodusă în facsimil.

Județul Nr. înregistrare SZ
Localitatea CNP pacient
Unitatea sanitară ...
Structura Întocmit de:
parafa medicului

FIȘĂ DE SPITALIZARE DE ZI

NUMELE PRENUMELE Sexul M/F |
Data nașterii: zi | lună | an | | Grup sangvin: A/B/AB/0;
Rh +/-
Domiciliul legal: județul | Localitatea | Alergic la:
Data deschidere fișă
Sect. | Mediul U/R | Str. Nr. |
ora |
Reședința: județul | Localitatea |
zi | lună |
Sect. | Mediul U/R | Str. Nr. |
an |
Cetățenie: Român | Străin | | Data închidere fișă:
Ocupația: fără ocupație (1); salariat (2);
lucrător pe cont propriu (3); patron (4);
agricultor (5); elev/student (6); șomer (7);
pensionar (8) | zi | lună |
Locul de muncă |
an |
Nivel de instruire: fără studii (1); ciclu
primar (2); ciclul gimnazial (3); școală
profesională (4); liceu (5); școală postliceală
(6); studii superioare de scurtă durată (7);
studii superioare (8); nespecificat (9) | Nr. vizite în |
spitalizare de zi: |

C.I./B.I. seria | Nr. |

Certificat naștere (copil) seria | Nr. |

Statut asigurat: | Asigurat CNAS | Asigurare
voluntară | Neasigurat |

Tip asig. CNAS: Obligatorie CAS | Acord internațional |

Card european | Formulare europene |

Nr. card european |

Nr. pașaport |

Nr. card național |

Tipul internării: fără bilet internare (1); bilet internare MF (2);
bilet internare Med. Spec. (3); la cerere (5);

alte (9) | Serie BI | Nr. BI |

Criteriu internare*1): |

Nr. din registrul național: |

Tip servicii spitalizare de zi (asigurați CNAS): | Tip caz rezolvat: |

Diagnosticul principal: |

Diagnostice secundare la externare (complicații/comorbidități):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

Semnătura și parafa medicului curant
.....

Data vizitei: zi _ _ luna _ _ anul _ _ _ _
Ora început _ _ _ _ ora sfârșit _ _ _ _
SERVICII EFECTUATE
1.
2.
3.
EXPLORĂRI/INVESTIGAȚII/PROCEDURI/ANALIZE EFECTUATE

Explorări funcționale:

	Denumirea	Codul	Nr.
1.	_ _ _ _ _ _ _	_
2.	_ _ _ _ _ _ _	_
3.	_ _ _ _ _ _ _	_
4.	_ _ _ _ _ _ _	_
5.	_ _ _ _ _ _ _	_
6.	_ _ _ _ _ _ _	_

Investigații radiologice:

	Denumirea	Codul	Nr.
7.	_ _ _ _ _ _ _	_
8.	_ _ _ _ _ _ _	_
9.	_ _ _ _ _ _ _	_
10.	_ _ _ _ _ _ _	_

Alte proceduri terapeutice:

	Denumirea	Codul	Nr.
11.	_ _ _ _ _ _ _	_
12.	_ _ _ _ _ _ _	_
13.	_ _ _ _ _ _ _	_
14.	_ _ _ _ _ _ _	_
15.	_ _ _ _ _ _ _	_

16. |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Analize de laborator:

	Denumirea	Codul	Nr.
17.		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _
18.		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _
19.		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _
20.		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _
21.		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _
22.		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _
23.		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _
24.		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _

ALTE EXAMENE DE SPECIALITATE

.....

TRATAMENTE EFECTUATE

.....

EPICRIZA:

.....

Semnătura și parafa medicului,

Notă 1

privind criteriile de internare prevăzute în hotărârea Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare

Criterii de internare	Cod
urgente medico-chirurgicale, ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în norme;	1
diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu.	2

INSTRUCȚIUNI
privind completarea fișei de spitalizare de zi (FSZ)

Se întocmesc fișe de spitalizare de zi distincte pentru fiecare poziție din cazurile rezolvate/serviciile medicale în regim de spitalizare de zi prevăzute la lit. B pct. B.1, B.2, pct. B.3 subpct. B.3.1 și B.3.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015;

1. Datele de identificare a spitalului și datele de identificare a pacientului se completează precum în formularul "Foaie de observație clinică generală".

2. Numărul de înregistrare al fișei de spitalizare de zi este unic pe spital, se face după codul unic din registrul de intrări-ieșiri pentru spitalizare de zi al spitalului, iar numerotarea începe cu 1 la data de 1 ianuarie a fiecărui an.

3. Tipul internării: se trece în căsuța alăturată codul tipului de trimitere (1, 2, 3, 5, respectiv 9), după cum urmează:

1 - fără bilet de internare;

2 - bilet de internare de la medicul de familie (BI MF);

3 - bilet de internare de la medicul specialist (BI MS);

5 - internare la cerere;

9 - alte: bilet de internare de la medici care au încheiate convenții cu casa de asigurări de sănătate pentru a elibera bilete de internare: medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Pentru tipul internării BI MF (2), BI MS (3) și alte (9) se completează seria BI cu seria biletului de internare și nr. BI cu numărul biletului de internare.

4. Criteriul de internare se completează numeric în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, conform Notei 1 privind criteriile de internare, atașată FSZ.

5. Tip servicii spitalizare de zi se completează conform tipurilor de servicii de spitalizare de zi prevăzute la lit. B din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014:

- C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" - de la lit. B pct. B.1 și B.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014;

- S: pentru serviciile medicale de tip "serviciu" - de la lit. B pct. B.3 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014;

6. Tip caz rezolvat: se completează numai pentru serviciile medicale de tip caz rezolvat, după cum urmează:

- M: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip MEDICAL - de la lit. B pct. B.1 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014;

- C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat", de tip CHIRURGICAL - de la lit. B pct. B.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014;

7. Diagnosticul principal și diagnosticele secundare se codifică conform Listei tabelare a bolilor conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1, de către medicul curant.

8. Vizitele se înregistrează pentru fiecare prezentare a pacientului cuprinsă în fișa de spitalizare de zi, prin completarea următoarelor informații: data vizitei, ora de început și ora de sfârșit. Numărul vizitelor consemnate în fișa de spitalizare de zi se completează în prima pagină a fișei de spitalizare de zi, la momentul închiderii fișei. Data primei vizite coincide cu data deschiderii fișei de spitalizare de zi. În situația

în care fișa de spitalizare de zi se încheie la o dată ulterioară, indiferent de tipul serviciilor de spitalizare de zi, caz rezolvat sau serviciu, ultima vizită consemnată trebuie să aibă data mai mică sau egală cu data închiderii fișei.

9. Procedurile medicale se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.

10. Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator în vigoare din 15 februarie 2006.

11. Înregistrarea procedurilor medicale, a investigațiilor de laborator și a tratamentului se face distinct pentru fiecare vizită.

12. Rubrica "Alte examene de specialitate" se completează în situația în care pacientului i se acordă consultații în diverse specialități necesare pentru rezolvarea cazului sau a serviciului.

13. Înregistrarea serviciilor pentru spitalizarea de zi de tip "serviciu" se face distinct pentru fiecare vizită, dacă serviciile respective au fost efectuate în cadrul vizitei, completând denumirea serviciului, conform lit. B pct. B.3. din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014.

Vizita durează maximum 12 ore pe zi și nu sunt posibile mai multe vizite în aceeași zi pe aceeași fișă de spitalizare de zi.

În cadrul unei vizite pot fi înregistrate servicii diferite numai pentru serviciile medicale prevăzute la pozițiile 1 - 8 de la lit. B pct. B.3 subpct. B.3.1 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014.

Pentru spitalizarea de zi de tip "caz rezolvat" secțiunea "Servicii efectuate" nu se completează.

ANEXA V

(Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1.782/576/2006)

Datele din fișa de spitalizare de zi care formează Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi (SMDPZ)

1. Codul de identificare a cazului externat
2. Codul specific de identificare a vizitei
3. Codul de identificare a unității sanitare
4. Codul de identificare a secției
5. Numărul fișei de spitalizare de zi
6. Codul de identificare al pacientului - CID
7. Sexul
8. Data nașterii
9. Județul de domiciliu al pacientului
10. Localitatea de domiciliu a pacientului
11. Cetățenia
12. Ocupația
13. Nivelul de instruire
14. Statut asigurat
15. Tipul asigurării de sănătate
16. Nr. card european
17. Nr. pașaport
18. Nr. card național
19. Casa de asigurări de sănătate
20. Tipul internării
21. Serie bilet internare
22. Număr bilet internare
23. Criteriul de internare
24. Data deschiderii fișei
25. Data închiderii fișei
26. Tipul de serviciu de spitalizare de zi: CAZ REZOLVAT sau SERVICIU
27. Tipul de caz rezolvat (chirurgical sau medical)
28. Diagnosticul principal și diagnosticele secundare la închiderea fișei
29. Data și ora de început a vizitei,
30. Data și ora de sfârșit a vizitei
31. Serviciile efectuate în cadrul vizitei, pentru spitalizarea de zi de tip "serviciu" (niciunul, unul sau mai multe servicii efectuate)
32. Procedurile efectuate în cadrul vizitei
33. Investigațiile de laborator efectuate în cadrul vizitei
34. Codul de parafă al medicului curant
35. Spitalizare de zi conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, completat cu valoarea "DA". Informația este necesară pentru a diferenția fișele de spitalizare, caz rezolvat sau serviciu, de serviciile efectuate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății care nu necesită internare prin spitalizare continuă, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

Datele din fișa prevăzută în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007, cu modificările și completările ulterioare, care formează Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi (SMDPZ)

1. Codul de identificare a cazului externat
2. Codul de identificare a unității sanitare. Unitatea sanitară se codifică conform nomenclatorului unităților sanitare publicat pe pagina de internet a Ministerului Sănătății: www.ms.ro

3. Codul de identificare a secției de primiri urgente. Secția se codifică conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare.

4. Numărul fișei de spitalizare (fișă al cărei model este prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007, cu modificările și completările ulterioare)

5. Codul de identificare al pacientului - CID

6. Sexul

7. Data nașterii

8. Data și ora preluării pacientului

9. Data și ora predării pacientului

10. Tipul de serviciu de spitalizare de zi: reprezintă serviciile de la pozițiile 38 și 39 din lista prevăzută la lit. B pct. B.3 subpct. 3.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

11. Codul de parafă al medicului curant

12. Spitalizare de zi conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, completat cu valoarea "NU". Informația este necesară pentru a diferenția fișele de spitalizare, caz rezolvat sau serviciu, de serviciile efectuate în camerele de gardă și în structurile de primire urgente din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății care nu necesită internare prin spitalizare continuă, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007, cu modificările și completările ulterioare.
