|  |
| --- |
| **Месечен отчет** **по чл. 17 от Наредба № 14 от 15.04.2004 г.** |
| **Лечебно заведение (наименование):** |  |
| **Лечебно заведение (рег. №):** |  |
| Отчет за месец/година: |  |
|  |  |
| 1. Общ брой на починалите в лечебното заведение: | 0 |
| 2. От тях със следните диагнози: | Х |
| 2.1. Хеморагичен мозъчен инсулт МКБ (I61.0 - I61.9 ) |  |
| 2.2. Исхемичен мозъчен инсулт ( МКБ I63.0 - I63.9) |  |
| 2.3. ЧМТ ( МКБ S06.0 - S06.9) |  |
| 3. От тях, починали в интензивните клиники/отделения на лечебното заведение: |  |
| **4. Брой на пациентите с GCS<7 от общия брой починали пациенти** |  |
| **5. Брой на пациентите при които смъртта е установена като трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол.\*** |  |

*\*Попълва се само от лечебни заведения, в които има създадена комисия по установяване на мозъчна смърт.*

Изпълнителен директор/управител: