|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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: