

Лечебно заведение _____

Адрес _____

Гр./село _____

Област _____

ДЕЙНОСТИ, СВЪРЗАНИ С МАЙЧИНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ЗА 201..... ГОДИНА

1. Амбулаторна дейност и домашни посещения

(Брой)

	Шифър	Посещения при лекарите	Посещения при акушерките ¹⁾ (сестрите)	Посещения по домовете	
				от лекарите	от акушерките (сестрите)
а	б	1	2	3	4
Посещения (вкл. профилактичните) – общо	01				
в т.ч. на бременни и родилки	02				

¹⁾ Отчитат се посещенията при сестрите (акушерките), само когато извършват самостоятелен прием (заместват лекаря). Не се включват посещенията за изпълнение на процедури, назначени от лекаря.

2. Бременни под наблюдение на консултацията

(Брой)

Ши- фър	Под наблюдение в началото на годината	Постъпили под наблюдение			Завършили бременността си през годината						Отпаднали от наблюдение преди завърш- ване на бременността	Остават под наблюдение в края на годината
		всичко	в т.ч.:		с раждане на живо дете	с мъртво раждане	с аборт					
			до III лунарен месец	след VII лунарен месец			всичко	в т.ч.:				
								спонтанни	по желание	по медицин- ски показания		
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
01												

Дата:

Съставил:
(име, телефонен N)

Ръководител на ЛЗ:
(подпис, печат)

Директор на РЗИ:
(подпис, печат)