

Лечебно заведение \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_  
 Гр./село \_\_\_\_\_  
 Област \_\_\_\_\_

## ДЕЙНОСТИ СВЪРЗАНИ С ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ЗА 201..... ГОДИНА

### 1. Амбулаторна дейност и домашни посещения

(Брой)

	Шифър	Посещения в консултацията		Посещения по домовете	
		При лекарите	При сестрата <sup>1)</sup> (акушерката)	От лекарите	От сестрата (акушерката)
а	б	1	2	3	4
Посещения – общо	01				

<sup>1)</sup> Отчитат се само посещенията, когато сестрата (акушерката) извършва самостоятелен прием.

Не се отчитат посещенията за процедури, назначени от лекаря или когато се извършва съвместна работа заедно с лекаря. Същата се отчита при лекарите.

### 2. Деца до 7 години под наблюдение на консултацията

(Брой)

Възрастови групи	Шифър	Под наблюдение в началото на годината	През годината				Остават под наблюдение в края на годината
			постъпили	напуснали	преминали в следваща възраст	умрели	
а	б	1	2	3	4	5	6
Всичко	01				х		
Под 1 година	02						

### 3. Наблюдение на новородените

(Брой)

Шифър	Постъпили под наблюдение деца през I-вия месец от живота си	Новородени	
		посетени от лекаря до 24-я час от изписването	посетени от сестра (акушерка) в деня на изписването
а	1	2	3
01			

### 4. Обслужени деца, достигнали 1-год. възраст

(Брой)

Шифър	Деца, достигнали 1-год. възраст през отчетния период	В това число:									
		хранени само с майчина кърма до:		получили всички задължителни имунизации	боледали от рахит	с хипотрофия II и III степен	често боледаващи	медико-социално застрашени	деца, изоставани в нервно-психичното развитие	деца с вродени аномалии	неболедавали
		3 месеца	6 месеца								
а	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01											

### 5. Деца, достигнали 2-год. възраст

(Брой)

Шифър	Деца, достигнали 2-год. възраст през отчетния период	В това число:	
		с хипотрофия II и III степен	често боледаващи
а	1	2	3
01			

Съставил: .....  
 (име, телефонен N)

Дата: .....

Ръководител на ЛЗ: .....  
 (подпис, печат)

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