

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS  
Į S A K Y M A S

**DĒL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 2014 M. SAUSIO 27 D. ĮSAKYMO  
NR. V-120 „DĒL PRIVALOMŲ SVEIKATOS STATISTIKOS APSKAITOS IR KITŲ TIPINIŲ FORMŲ BEI  
PRIVALOMŲ SVEIKATOS STATISTIKOS ATASKAITŲ FORMŲ PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO**

2017 m. gegužės 3 d. Nr. V-494  
Vilnius

1. P a k e i č i u Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymą Nr. V-120 „Dėl privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“:

1.1. Papildau 1.1.20 papunkčiu:

„1.1.20. formą Nr. 029/a „Procedūrų registravimo žurnalas“;“.

1.2. Papildau 1.1.21 papunkčiu:

„1.1.21. formą Nr. 042/a „Kineziterapijos kortelė“;“.

1.3. Papildau 1.1.22 papunkčiu:

„1.1.22. formą Nr. 044/a „Fizinės medicinos ir reabilitacijos procedūrų kortelė“;“.

1.4. Papildau 1.1.23 papunkčiu:

„1.1.23. formą Nr. 047-9/a „Kontakto kortelė“.“

1.5. Pakeičiu nurodytu įsakymu patvirtintą formą Nr. 090/a „Pranešimas apie pirmą kartą nustatytą onkologinės ligos diagnozę“ ir ją išdėstau nauja redakcija (pridedama).

2. N u s t a t a u, kad šio įsakymo 1.1–1.4 papunkčiai įsigalioja 2017 m. liepos 1 d.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

AURELIJUS VERYGA



Eil. Nr.	Procedūros atlikimo data, procedūrā atlikusio specialisto spaudas ir parašas							
1	6							

---

	Forma Nr. 042/a, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-494
<i>Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono Nr.</i>	

### KINEZITERAPIJOS KORTELĖ

1. Vardas, pavardė .....
2. Gimimo data.....
3. Lytis (*pažymėti*):  vyras  moteris
4. ESI/Gydymo stacionare ligos istorijos/Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos numeris.....
5. Susirgimo, traumos data ir aplinkybės .....
6. Klinikinė diagnozė, TLK-AM-10 kodas .....
7. Informacija apie gydymą ir procedūras .....
8. Kineziterapinė diagnozė .....

#### SOCIALINIAI DUOMENYS:

##### 9. Gyvenimo sąlygos (*pažymėti, įrašyti*):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gyvena vienas                      | <input type="checkbox"/> Gyvena su artimaisiais | <input type="checkbox"/> Gyvena vienas namuose, bet yra reikalinga kito asmens priežiūra/pagalba |
| <input type="checkbox"/> Gyvena socialinės globos įstaigoje | <input type="checkbox"/> Kita.....              |  |

##### 10. Užimtumas (*pažymėti, įrašyti*):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dirbantis, profesija..... | <input type="checkbox"/> Bedarbis, priežastis..... | <input type="checkbox"/> Studentas/moksleivis |
| <input type="checkbox"/> Pensininkas               | <input type="checkbox"/> Kita.....                 |   |

#### GYVENAMOJI APLINKA:

##### 11. Kur gyvena (*pažymėti, įrašyti*):

- |  |                               |                                    |
|--|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Privačiame name | <input type="checkbox"/> Bute | <input type="checkbox"/> Kita..... |
|--|-------------------------------|------------------------------------|

##### 12. Ar gyvenamojoje aplinkoje yra (*pažymėti, įrašyti*):

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laiptai (su/be ranktūrio) | <input type="checkbox"/> Lifas                | <input type="checkbox"/> Slenksčiai |
| <input type="checkbox"/> Pandusas                  | <input type="checkbox"/> WC ir kiti patogumai | <input type="checkbox"/> Kita.....  |

##### 13. Naudojamos techninės pagalbos priemonės (*pažymėti, patikslinti*):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lazda.....                | <input type="checkbox"/> Ramentai..... | <input type="checkbox"/> Vaikštyinė..... |
| <input type="checkbox"/> Neįgaliojo vėžimėlis..... | <input type="checkbox"/> Įtvarai.....  | <input type="checkbox"/> Kita.....       |

##### 14. Paciento bendros sveikatos būklės vertinimas (*vertina pacientas*):

- |                                |                               |                                      |                                |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Puiki | <input type="checkbox"/> Gera | <input type="checkbox"/> Patenkinama | <input type="checkbox"/> Bloga |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|

15. Nusiskundimai .....

16. Paciento lūkesčiai.....  
.....

17. Mobilumas (1 – savarankiškai, 2 – su minimalia pagalba, 3 – su vidutine pagalba, 4 – su maksimalia pagalba):

- Vertimasis
- Atsisėdimas
- Persikėlimas
- Atsistojimas
- Stovėjimas
- Ėjimas

18. Kineziterapijos tikslas ir prognozė:.....  
.....

19. Kineziterapijos uždaviniai:.....  
.....

20. Kineziterapijos planas:.....  
.....  
.....

21. Kita svarbi informacija:  
.....

22. Kineziterapijos rezultatai/rekomendacijos:.....  
.....

23. Atliktų procedūrų skaičius:.....

24. Galutinis įvertinimas:.....  
.....

25. Rekomendacijos:.....  
.....  
.....

26. Data.....

27. Kineziterapeutas.....  
(spaudas, parašas)





	Forma Nr. 047-9/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-494
Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono Nr.	

**KONTAKTO KORTELĖ A dalis**  
(lieka sveikatos priežiūros įstaigoje)

**Duomenys apie pacientą**

1. Paciento/sveikatos istorijos Nr.....
2. Lytis (*pabraukti*): moteris/vyras
3. Gimimo data.....
4. Ligos kodas pagal TLK-10-AM.....

	Forma Nr. 047-9/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-494
Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono Nr.	

**Kortelės A dalis**  
(kortelės A dalis sugretinama su gauta  
atitinkama B dalimi)

**Duomenys apie kontaktavusį asmenį**

1. Lytis (*pabraukti*): moteris/vyras
2. Gimimo data.....
3. Vardas, pavardė.....
4. Gyvenamoji vieta ir papildoma informacija  
(socialinė grupė, rizikos grupė ir kt.  
duomenys).....

5. Gydytojas.....  
(*spaudas ir parašas*)
6. Data 20..... m..... d.

**KONTAKTO KORTELĖ B dalis**

(jā gauna pacientas, kad įteiktų savo lytiniam partneriui (kontaktavusiam asmeniui), kuris su šia kortele gali vykti pas tą patį ar kitą gydytoją, į kitą sveikatos priežiūros įstaigą)

**Duomenys apie pacientą**

1. Paciento/sveikatos istorijos Nr.....
2. Ligos kodas pagal TLK-10-AM.....
3. Kabineto Nr.....
4. Gydytojas.....  
(*spaudas ir parašas*)
5. Telefonas.....
6. Data 20..... m..... d.

**Kortelės B dalis**

(užpildyta kortelės B dalis grąžinama sveikatos priežiūros įstaigai, į kurią kreipėsi pirminis pacientas)

**Duomenys apie kontaktavusį asmenį**

1. Kontaktavusio asmens kodas pagal formą Nr. 151-9/a:  
1, 2 – amžius, 3 – lytis [V, M], 4–6 – gyvenamosios vietos administracinės teritorijos kodas, 7–10 – pirmosios dvi vardo ir pavardės raidės  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
□□□□□.□□□□□
2. Ligos kodas pagal TLK-10-AM.....
3. Nustatytos lytiškai plintančios infekcijos (nurodant ligos stadiją ir lokalizaciją):.....
4. Kas padaryta (*pabraukti*):  
ištirtas/gydomas/stebimas  
.....
5. Įstaigos  
pavadinimas.....
6. Gydytojas.....  
(*spaudas ir parašas*)
7. Data 20..... m..... d.

	Forma Nr. 090/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. vasario 2 d. įsakymu Nr. V-135
--	---



Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono Nr.	(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gegužės 3 d. įsakymo Nr. V-494 redakcija)
---	---

**PRANEŠIMAS APIE PIRMĄ KARTĄ NUSTATYTĄ ONKOLOGINĖS LIGOS DIAGNOZĘ**

<b>1. Paciento, kuriam pirmą kartą nustatyta onkologinės ligos diagnozė (toliau – pacientas), asmens kodas (jei nėra – gimimo data)</b>	<b>2. Paciento vardas, pavardė</b>	<b>3. Paciento lytis (pabraukti):</b>  Vyras <input type="checkbox"/> Moteris <input type="checkbox"/>
<b>4. Paciento adresas</b>		
<b>5. Onkologinės ligos diagnozė</b>		<b>6. Onkologinės ligos diagnozės nustatymo data</b>
<b>7. Naviko morfologija ir diferenciacijos laipsnis</b>	<b>8. Naviko išplitimo vertinimas (įrašyti):</b> 8.1. klinikinė T N M 8.2. patloginė T N M	<b>9. Naviko stadija (įrašyti):</b>
<b>10. Onkologinės ligos diagnozės išaiškinimo aplinkybės (pažymėti):</b> 10.1. kreipėsi savarankiškai 10.2. profilaktiškai 10.3. vykdant atrankinės patikros programą 10.4. tik po mirties		
<b>11. Onkologinės ligos diagnozės patvirtinimo būdas (nurodyti vieną ar daugiau) (pažymėti):</b> 11.1. tiksliai 11.3. vėžio žymenys 11.5. pirminio naviko histologija 11.7. autopsija 11.9. tik iš mirties liudijimo kliniškai 11.4. citologija 11.6. metastazių histologija 11.8. nežinoma 11.2. klinikiniais tyrimais (rentgenologinis, operacinis, endoskopinis, ultragarsinis ir kt. tyrimai)		
<b>12. Numatomas onkologinės ligos pirminis gydymas (nurodyti vieną ar daugiau) (pažymėti):</b> 12.1. chirurginis 12.3. chemoterapinis 12.5. gydymo atsisakė <input type="checkbox"/> 12.7. netaikytas 12.2. radioterapinis 12.4. hormonų terapija 12.6. kita.....		
<b>13. Pirmojo naviko diagnozė, jei diagnozuotas daugybiniis navikas:</b>		<b>14. Pirmojo naviko diagnozės nustatymo data</b>
<b>15. Pranešimą užpildžiusio gydytojo vardas, pavardė</b>	<b>16. Pranešimo užpildymo data</b>	<b>17. Paciento mirties data (jei pacientas miręs)</b>

Forma pildoma pirmą kartą nustatius šiuos navikus: piktybiniai navikai (C00–C97), navikai *in situ* (D00–D09), gerybiniai navikai (D32, D33), nepatikslingos ir nežinomos eigos navikai (D39.1, D42, D43, D41.4, D45–D47).

Asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys gydytojai bei patologijos ir citologijos laboratorijose dirbantys gydytojai patologai, nustatę nurodyto onkologinio susirgimo diagnozę, privalo užpildyti šią formą ir išsiųsti ją Vėžio registrui paštu (P. Baublio g. 3B, LT-08406 Vilnius).