

Biała Podlaska,

Karta dotyczy zmarłego
 dziecka do 1 roku
 innych (wypełnia zespół statystyczny)

**KARTA STATYSTYCZNA
do karty zgonu
DZIAŁ I**

(wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu)

1. Nazwisko
2. Imię (Imiona)
3. Data zgonu rok m-c dzień godz. min.
wpisać cyframi arabskimi tylko dla dziecka do 1 roku
4. Data urodzenia rok m-c dzień godz. min.
wpisać cyframi arabskimi tylko dla dziecka do 1 roku
5. Płeć**) 1. męska 2. żeńska
6. Numer PESEL

SPECIALISTA CHIRURGII OGÓLNEJ	Przyczyna zgonu	
	a) NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA <small>(przyczyna wyśielowa albo przyczyna zewnętrzna urazu lub zatrucia)</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Symbol przyczyny wyśielowej albo przyczyny zewnętrznej urazu lub zatrucia wg ICD-10</p> <p style="font-size: small;">Pieczęć i podpis lekarza orzekającego o przyczynie zgonu dla celów statystycznych</p>
	b) NAGŁE ZATRZYMANIE KRAŻENIA <small>(przyczyna wewnątrz)</small>	
c) NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIOWA ODDECHOWA <small>(przyczyna bezpośrednia)</small>		
8. Miejsce zgonu**) 1. szpital 2. inny zakład służby zdrowia 3. <u>domu</u> 4. inne		9. Osoba stwierdzająca przyczynę zgonu**) 1. lekarz w wyniku sekcji zwłok 2. <u>lekarz bez sekcji zwłok</u> 3. inny
Poz. 10-14 wypełnić tylko dla dziecka w wieku do 1 roku		
10. Dziecko pochodziło z porodu**) 1. pojedynczego. 3. trójaczego 2. bliźniaczego. 4. czworaczego.	11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę <input type="text"/>	12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach <input type="text"/>
13. Długość ciała dziecka przy urodzeniu w centymetrach <input type="text"/>	14. Okres trwania ciąży w tygodniach <input type="text"/>	

*) Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej, indywidualnej praktyki lekarskiej, osoby powołanej przez ustawę.
 **) Właściwe określenie otoczyć obwódką.

rok m-c dzień
wpisać cyframi arabskimi

Chorzele,

Karta dotyczy zmarłego

dziecko
do 1 roku*

innych

(wypełnia WUS)

**KARTA STATYSTYCZNA
do karty zgonu****DZIAŁ I**

(wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu)

1. Nazwisko

2. Imię (imiona)

3. Data zgonu rok 2012 m-c 03 dzień godz. min.
wpisać cyframi arabskimi tylko dla dziecka do 1 roku4. Data urodzenia rok 1957 m-c 09 dzień godz. min.
wpisać cyframi arabskimi tylko dla dziecka do 1 roku5. Płeć**) 1. męska 2. żeńska

6. Nr ewidencyjny

7. Przyczyna zgonu		<input type="checkbox"/> Symbol przyczyny wyjściowej albo przyczyny zewnętrznej urazu t;b zatrucia wg ICD-10 Pieczęć i podpis lekarza orzekającego o przyczynie zgonu dla celów statystycznych
a) <u>Zgon bez utraty przytomności</u> (przyczyna wyjściowa albo przyczyna zewnętrzna urazu lub zatrucia)		
b) <u>—</u> (przyczyna wtórna)		
c) <u>—</u> (przyczyna bezpośrednia)		
8. Miejsce zgonu**)	9. Osoba stwierdzająca przyczynę zgonu**)	
1. szpital	1. lekarz w wyniku sekcji zwłok	
2. inny zakład opieki zdrowotnej	2. lekarz bez sekcji zwłok	
3. dom	3. inna	
4. inne		
Poz. 10 - 14 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do 1 roku		
10. Dziecko pochodziło z porodu**)	11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę	12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach
1. pojedynczego 2. bliźniaczego 3. trojaczego 4. czworaczego	<u> </u>	<u> </u>
13. Długość ciała dziecka przy urodzeniu w centymetrach	<u> </u>	14. Okres trwania ciąży w tygodniach
		<u> </u>

*) Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej, indywidualnej praktyki lekarskiej, lek

**) Właściwe określenie otoczyć obwódką

rok 2012 m-c 03 dzień 06
wpisać cyframi arabskimi

Białystok

Karta dotyczy zmarłego

dziecka do
1 roku

innych

(wypełnia urząd statystyczny)

**KARTA STATYSTYCZNA
do karty zgonu**

DZIAŁ I

(wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu)

1. Nazwisko

2. Imię (imiona)

3. Data zgonu rok m-c dzień godz. min.

wpisać cyframi arabskimi

tylko dla dziecka do 1 roku

4. Data urodzenia rok m-c dzień godz. min.

wpisać cyframi arabskimi

tylko dla dziecka do 1 roku

5. Płeć**) 1. męska 2. żeńska

6. Numer PESEL

<p>7. Przyczyna zgonu</p> <p>a) <u>Niewydolność krążenia</u> (przyczyna wyjściowa albo przyczyna zewnętrzna urazu lub zatrucia)</p> <p>b) <u>Niewydolność krążenia i oddychania</u> (przyczyna wjórna)</p> <p>c) <u>Zatrzymanie krążenia i oddychania</u> (przyczyna bezpośrednia)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Symbol przyczyny wyjściowej albo przyczyny zewnętrznej urazu lub zatrucia wg ICD-10</p> <p>Pieczęć i podpis lekarza orzekającego o przyczynie zgonu dla celów statystycznych</p>
--	---

8. Miejsce zgonu**) 1. szpital
2. inny zakład służby zdrowia
3. dom
4. inne

9. Osoba stwierdzająca przyczynę zgonu**) 1. lekarz w wyniku sekcji zwłok
2. lekarz bez sekcji zwłok
3. inna

Poz. 10-14 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do 1 roku

<p>10. Dziecko pochodziło z porodu**) 1. pojedynczego, 3. trojaczego 2. bliźniaczego, 4. czworaczego.</p>	<p>11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>13. Długość ciała dziecka przy urodzeniu w centymetrach <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>14. Okres trwania ciąży w tygodniach <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

*) Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej, indywidualnej praktyki lekarskiej, osoby powołanej przez ustawę.

**) Właściwe określenie otoczyć obwódką.

rok m-c dzień

wpisać cyframi arabskimi

(pieczęć i podpis osoby stwierdzającej zgon)

dziecko do
1 roku

innych

(wypełnia urząd statystyczny)

KARTA STATYSTYCZNA

do karty zgonu

DZIAŁ I

(wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu)

1. Nazwisko

2. Imię (imiona)

3. Data zgonu

rok mies. dzień

wisać cyframi arabskimi

godz. min.

tylko dla dziecka do 1 roku

4. Data urodzenia

rok mies. dzień

wisać cyframi arabskimi

godz. min.

tylko dla dziecka do 1 roku

5. Płeć **

1. męska 2. żeńską

6. Numer PESEL

7. Przyczyna zgonu

a) (przyczyna wyjściowa, albo przyczyna zewnętrzna urazu lub zatrucia)b) (przyczyna wtórna)c) (przyczyna bezpośrednia)Symbol przyczyny
wyjściowej albo
przyczyny zewnętrznej
urazu lub zatrucia
wg ICD 10Pieczęć i podpis
lekarza orzekającego
o przyczynie zgonu
dla celów statystycznych

8. Miejsce zgonu**

1. szpital
2. Inny zakład opieki zdrowotnej
3. dom
4. inne

9. Osoba stwierdzająca przyczynę zgonu**

1. lekarz w wyniku sekcji zwłok
2. lekarz bez sekcji zwłok
3. inna

Rubryki 10-14 wypełniać tylko dla dzieci w wieku do 1 roku

10. Dziecko pochodziło z porodu**

1. pojedynczego, 3. trojaczego
2. bliźniaczego, 4. czworaczego

11. Które dziecko z kolejno
urodzonych przez matkę12. Ciężar dziecka przy
urodzeniu w gramach

13. Długość ciała dziecka przy urodzeniu w centymetrach

14. Okres trwania ciąży w tygodniach

* Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej, indywidualnej praktyki lekarskiej, lekarza, osoby powołanej przez starostę.

** Właściwe określenie otoczyć obwódką.

rok mies. dzień

wisać cyframi arabskimi

Karta dotyczy zmarłego

dziecka
do 1 roku

(wypełnia urząd statystyczny)

innych

Pieczęć uprawnionego podmiotu*

**KARTA STATYSTYCZNA
do karty zgonu
DZIAŁ I**

(wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu)

1. Nazwisko

2. Imię/imiona

3. Data zgonu

rok 1912 mies. 03 dzień
wpisywać cyframi arabskimigodz. min
tylko dla dziecka do 1 roku

4. Data urodzenia

rok 1948 mies. 06 dzień
wpisywać cyframi arabskimigodz. min

5. Płeć**

1. męska ~~2. żeńska~~

6. Numer PESEL

7. Przyczyna zgonu

a) stan po zgonie z przyczyn
(przyczyna wyjściowa albo przyczyna zewnętrzna urazu lub zatrucia)medycznej natury dobowejSymbol przyczyny
wyjściowej albo
przyczyny zewnętrznej
urazu lub zatrucia wg
ICD-10b)
(przyczyna wtórna)c)
(przyczyna bezpośrednia)Pieczęć i podpis
lekarza orzekającego
o przyczynie zgonu
do celów statystycznych

8. Miejsce zgonu**

1. szpital
2. inny zakład opieki zdrowotnej
3. dom
4. inne

9. Osoba stwierdzająca przyczynę zgonu**

1. lekarz w wyniku sekcji zwłok
2. lekarz bez sekcji zwłok
3. inna

Rubryki 10-14 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do 1 roku

10. Dziecko pochodziło z porodu**

1. pojedynczego,
2. bliźniaczego,
3. trojaczego
4. czworaczego

11. Które dziecko z kolejno
urodzonych przez matkę12. Ciężar dziecka przy urodzeniu
w gramach

13. Długość ciała dziecka przy urodzeniu w centymetrach

14. Okres trwania ciąży w tygodniach

* Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej, indywidualnej praktyki lekarskiej, lekarza, osoby powołanej przez starostę.

** Właściwe określenie otoczyć obwódką.

rok 2012 mies. 03 dzień 14
wpisywać cyframi arabskimi