

ORDIN nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi

EMITENT

- MINISTERUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE
- Nr. 1.782 din 28 decembrie 2006
- CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
- Nr. 576 din 28 decembrie 2006

Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 14 din 9 ianuarie 2007

În temeiul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, al Hotărârii Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice, cu modificările ulterioare, și al Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, având în vedere prevederile Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu modificările și completările ulterioare, văzând Referatul Ministerului Sănătății Publice, al Centrului Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății București și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 8.419/5.493/2006, ministrul sănătății publice și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

## Articolul 1

Se aprobă Nomenclatorul investigațiilor de laborator prevăzut în anexa nr. 1.

## Articolul 2

- (1) Codificarea medicală a bolilor în spitalele din România se face conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1.
- (la 01-01-2014, Alin. (1) al art. 2 a fost modificat de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 1.503 din 11 decembrie 2013 publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 786 din 16 decembrie 2013.)
- (2) Codificarea procedurilor medicale în spitalele și unitățile ambulatorii de specialitate din România se face conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.
- (la 01-01-2014, Alin. (2) al art. 2 a fost modificat de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 1.503 din 11 decembrie 2013 publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 786 din 16 decembrie 2013.)
- (3) Codificarea investigațiilor de laborator în spitalele și unitățile ambulatorii de specialitate din România se va face conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.

## Articolul 3

- (1) Se aprobă utilizarea în sistemul informațional al spitalelor a formularului "Foaie de observație clinică generală", denumit în continuare FOCG, prezentat în anexa nr. 2.
- (2) FOCG se întocmește pentru pacienții spitalizați în regim de spitalizare continuă.
- (3) FOCG se completează într-un singur exemplar pentru fiecare episod de spitalizare continuă. Episodul de spitalizare continuă reprezintă perioada de spitalizare a unui pacient, în regim de spitalizare continuă, în cadrul aceluiași spital, fără întrerupere și fără modificarea tipului de îngrijiri.
- (4) Tipurile de îngrijiri în regim de spitalizare continuă sunt: îngrijiri acute și îngrijiri cronice sau de recuperare.
- (5) În situația în care se realizează un transfer al pacientului între secții care furnizează îngrijiri de același tip, nu se deschide o nouă FOCG. În situația în care se realizează un transfer al pacientului între secții care furnizează îngrijiri de tip diferit (din secții de îngrijiri acute în secții de îngrijiri cronice sau de recuperare și invers), se deschide o nouă FOCG.
- (6) Se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic sau de recuperare în următoarele secții din nomenclatorul de secții spitalicești în vigoare: Boli profesionale (1041); Cronici (1061); îngrijiri paliative (1061\_PAL); Geriatrie și gerontologie (1121); Medicina muncii (1181); Neonatologie (prematuri) (1222); Neonatologie (prematuri) aferentă unei maternități de gradul III (1222.2); Neonatologie (prematuri) aferentă unei maternități de gradul II (1222.1); Pediatrie (recuperare pediatrică) (1272); Pediatrie cronici (1282); Pneumofiziologie (1301); Pneumofiziologie pediatrică (1302); Psihiatrie cronici (1333.2); Psihiatrie cronici (lungă durată) (1333.1); Recuperare, medicină fizică și balneologie (1371); Recuperare, medicină fizică și balneologie copii (1372); Recuperare medicală - cardiovasculară (1383); Recuperare medicală neurologie (1393); Recuperare medicală (1393\_REC); Recuperare medicală - ortopedie și traumatologie (1403); Recuperare medicală - respiratorie (1413); Recuperare neuropsihomotorie (1423); Secții sanatoriale (1473).
- (la 01-04-2017, Alineatul (6) din Articolul 3 a fost modificat de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 365 din 28 martie 2017, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 216 din 29 martie 2017)
- (7) Secțiile în care se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip acut sunt toate secțiile clinice, medicale și chirurgicale din nomenclatorul de secții spitalicești în vigoare, cu excepția celor menționate la alin. (6), incluzând secțiile de chirurgie maxilo-facială, dar excluzând secțiile de anestezie și terapie intensivă.

(8) Instrucțiunile privind completarea FOCG sunt cuprinse în anexa nr. 3.  
(9) Abrogat.

(la 23-12-2014, Alin. (9) al art. 3 a fost abrogat de art. I din ORDINUL nr. 1.556 din 18 decembrie 2014 publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 948 din 23 decembrie 2014. )

#### Articolul 4

- (1) Se aprobă utilizarea în sistemul informațional al spitalului a formularului "Fișă pentru spitalizarea de zi", denumit în continuare FSZ, prezentat în anexa nr. 4.
- (2) FSZ se completează pentru fiecare pacient care beneficiază de servicii medicale în regim de spitalizare de zi.
- (3) În cazul în care pe parcursul episodului de spitalizare de zi pacientul este internat în regim de spitalizare continuă, se va încheia FSZ și se va deschide o FOCG.
- (4) FSZ poate fi încheiată în aceeași zi în care a fost deschisă sau la o dată ulterioară, dar nu mai târziu de data de 31 decembrie a anului respectiv.
- (5) Instrucțiunile privind completarea FSZ sunt prevăzute în anexa nr. 5.

#### Articolul 5

(1) Stabilirea reglementărilor privind codificarea datelor, completarea și utilizarea FOCG și FSZ se vor face de către Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății.

(2) Instruirea și sprijinirea spitalelor privind codificarea datelor, completarea și utilizarea FOCG și a FSZ se vor face de către autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București și de către structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, care organizează și răspund de buna desfășurare a acestui proces la nivelul fiecărui județ, sub coordonarea tehnică și metodologică a Centrului Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății.

(3) Monitorizarea și controlul proceselor de codificare a datelor, completarea și utilizarea FOCG și FSZ se vor face de către autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București și de către structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății și casele de asigurări de sănătate.

#### Articolul 6

Datele clinice la nivel de pacient sunt înregistrate de către spitale, care răspund de corectitudinea și de gestionarea lor, precum și de asigurarea confidențialității datelor, în conformitate cu legislația în vigoare.

#### Articolul 7

Spitalele sunt obligate să colecteze în format electronic o parte din datele cuprinse în FOCG și FSZ.

#### Articolul 8

- (1) Datele clinice la nivel de pacient, care se colectează în format electronic din FOCG, formează Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării continue (SMDPC), prezentat în anexa nr. 6.
- (2) Datele clinice la nivel de pacient care se colectează electronic din FSZ formează Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării de zi (SMDPZ), prezentat în anexa nr. 7.

#### Articolul 9

- (1) Spitalele sunt obligate să transmită SMDPC și SMDPZ la Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar și la autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București, iar acestea din urmă la Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății.
- (2) Transmiterea datelor se face prin e-mail sau prin alte mijloace electronice la adresele specificate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar și, respectiv, de autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București.
- (3) Transmiterea datelor se face în formatul specificat de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar.
- (4) Transmiterea SMDPC se face lunar, până la data de 5 a lunii, și va conține datele aferente pacienților externți în luna precedentă.
- (4<sup>1</sup>) Începând cu luna mai 2015, transmiterea SMDPC se face lunar, până la data de 4 a lunii, și va conține datele aferente pacienților externți în luna precedentă.
- (la 29-04-2015, Alin. (4<sup>1</sup>) al art. 9 a fost introdus de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 506 din 22 aprilie 2015, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 294 din 29 aprilie 2015. )
- (5) Transmiterea SMDPZ se face lunar, în formatul valabil la momentul încheierii/raportării fișei/vizitei până la data de 5 a lunii, începând cu luna iulie 2014, și va conține informații referitoare la:

- a) cazurile rezolvate în spitalizare de zi în luna precedentă;
- b) serviciile acordate în regim de spitalizare de zi efectuate în luna precedentă, pentru care, în vederea decontării, nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi după fiecare vizită;
- c) serviciile acordate în regim de spitalizare de zi pentru care, în vederea decontării, s-a închis fișa de spitalizare de zi în luna precedentă, după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical;
- d) serviciile acordate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare, având data predării pacientului în luna precedentă. (la 01-06-2014, Alin. (5) al art. 9 a fost modificat de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 648 din 3 iunie 2014, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 417 din 5 iunie 2014. ) (5<sup>1</sup>) Începând cu luna mai 2015, transmiterea SMDPZ se face lunar, în formatul valabil la momentul închiderii/raportării fișei/vizitei până la data de 4 a lunii, și va conține informații referitoare la:
  - a) cazurile rezolvate în spitalizare de zi în luna precedentă;
  - b) serviciile acordate în regim de spitalizare de zi efectuate în luna precedentă, pentru care, în vederea decontării, nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi după fiecare vizită;
  - c) serviciile acordate în regim de spitalizare de zi pentru care, în vederea decontării, s-a închis fișa de spitalizare de zi în luna precedentă, după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical;
  - d) serviciile acordate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare, având data predării pacientului în luna precedentă. (la 29-04-2015, Alin. (5<sup>1</sup>) al art. 9 a fost introdus de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 506 din 22 aprilie 2015, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 294 din 29 aprilie 2015. )(6) Datele necodificate, cu caracter confidențial, specifică pacientului (numele și prenumele), nu vor fi transmise.

Datele codificate, cu caracter confidențial, specifică pacientului (codul numeric personal), vor fi transmise în formă criptată, utilizându-se mecanismul de criptare folosit în sistemul informatic unic integrat (SIUI) pentru generarea CID-lui (Cod de identificare al pacientului). Datele codificate, cu caracter confidențial, specifică personalului medical (codul de parafă al medicului curant, codul de parafă al medicului operator), vor fi transmise în formă criptată, utilizându-se mecanismul de criptare furnizat de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

(la 01-01-2014, Alin. (6) al art. 9 a fost modificat de pct. 3 al art. I din ORDINUL nr. 1.503 din 11 decembrie 2013 publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 786 din 16 decembrie 2013. )  
(7) Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar va recepționa, va gestiona și va utiliza datele colectate de la spitale în scopul cercetării științifice, dezvoltării tehnologice în domeniul sănătății publice și managementului sanitar și susținerii mecanismelor de finanțare a activității spitalicești.

## Articolul 10

Instruirea și sprijinirea spitalelor privind colectarea și transmiterea SMDPC și a SMDPZ se vor face de către autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București și de către structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, care organizează și răspund de buna desfășurare a acestui proces la nivelul fiecărui județ, sub coordonarea tehnică și metodologică a Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar.

## Articolul 11

(1) Prevederile prezentului ordin se aplică începând cu data de 1 ianuarie 2007.  
(2) La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 798/2002 privind introducerea în spitale a formularului FOCG, cu modificările și completările ulterioare, Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 440/2003 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi, precum și servicii medicale ambulatorii la nivel de spital, cu modificările și completările ulterioare, precum și alte reglementări care contravin prevederilor prezentului ordin.

(3) Direcțiile din cadrul Ministerului Sănătății Publice, direcțiile din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății, Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București,

structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, casele de asigurări de sănătate, spitalele și unitățile ambulatorii de specialitate ce furnizează îngrijiri de sănătate în regim de spitalizare de zi vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

#### Articolul 12

Anexele nr. 1-7 fac parte integrantă din prezentul ordin.

#### Articolul 13

Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.  
Ministrul sănătății publice,  
Gheorghe Eugen Nicolăescu  
p. Președintele Casei Naționale  
de Asigurări de Sănătate,  
Vasile Cepoi

## INSTRUCȚIUNI

privind completarea formularului

Foale de observație clinică generală (FOCG)

1. Completarea următoarelor rubrici se face cu litere majuscule: județul, localitatea, spitalul, secția, numele, prenumele și toate diagnosticile de pe prima pagină.

2. Completarea FOCG se face pe baza următoarelor acte oficiale:

a) buletin de identitate;

b) talon de pensie;

c) certificat de naștere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate);

d) pașaport;

e) permis de conducere.

3. Rubricile se completează și se codifică astfel:

3.1. Județul și localitatea se referă la spital; completarea codului județului se va face alfabetic pe județele țării, codificându-se conform listei din anexă care face parte integrantă din prezentele instrucțiuni cu 01 (județul Alba) și în continuare până la 42 (municipiul București).

3.2. Spitalul și secția se trec și se codifică conform nomenclatorului unităților sanitare publicat pe pagina de internet a Ministerului Sănătății: [www.ms.ro](http://www.ms.ro), respectiv Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare.

Următoarele structuri se codifică astfel:

Nr. crt.	Secție	Cod
1.	Recuperare medicală	1393_REC
2.	Psihiatrie cronici	1333.2
3.	Psihiatrie cronici (lungă durată)	1333.1
4.	Distrofici pediatrie (recuperare pediatrică)	1272.2
5.	Pediatrie (recuperare pediatrică)	1272.1
6.	Neonatologie (prematuri) aferentă unei maternități de gradul III	1222.2
7.	Neonatologie (prematuri) aferentă unei maternități de gradul II	1222.1
8.	Îngrijiri paleative	1061_PAL

3.3. Numărul de înregistrare al FOCG se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieșiri pentru spitalizarea continuă și poate avea maximum 10 caractere.

(la 01-04-2018, Subpunctul 3.3. din Punctul 3. , Anexa nr. 3 a fost modificat de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 401 din 27 martie 2018, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 274 din 28 martie 2018 )

3.4. CNP pacient - se completează pe baza unui act oficial menționat la pct. 2, după cum urmează:

a) pentru cetățenii români;

b) pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri internaționale cu

prevederi în domeniul sănătății, care au atribuit de către Ministerul Afacerilor Interne, cod

numeric personal;

c) pentru cetățenii statelor membre ale UE/SEE/Elveția, beneficiari ai formularelor europene care au atribuit de către Ministerul Afacerilor Interne, cod numeric personal;

3.5. Situații speciale - se codifică atunci când situația o impune conform Notei 1 a formularului FOCG.

3.6. "Întocmit de" - se trece numele medicului care a întocmit FOCG și se aplică parafa acestuia.

3.7. Internat prin - se codifică conform Notei 3 a formularului FOCG.

3.8. Sexul - se completează în căsuța alăturată litera M (masculin) sau F (feminin).

3.9. Data nașterii se codifică în căsuțele respective cu 01-31 (zi), 01-12 (lună), anul

calendaristic respectiv.

- 3.10. Domiciliul legal - județul, localitatea, sectorul - pentru municipiul București, urban/rural, strada și numărul etc. se completează pe baza actelor oficiale prevăzute la pct. 2.
- 3.11. Reședința corespunde cu județul, localitatea, sectorul etc. unde locuiește în prezent persoana spitalizată și se completează, de asemenea, pe baza actelor oficiale prevăzute la pct. 2.
- 3.12. Cetățenia - se bifează în căsuța corespunzătoare pe baza documentelor de identitate și se înscrie pentru cetățenii străini cetățenia.
- 3.13. Greutatea la naștere se completează pentru nou-născuți.
- 3.14. Greutatea la internare se completează pentru copii sub un an (0-1 an).
- 3.15. CNP-ul mamei se completează numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an.
- 3.16. Numărul FOCG al mamei se completează numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an, când mama este internată în același spital.
- 3.17. Ocupația - se trece în căsuța alăturată codului ocupației (de la 1 la 8).
- 3.18. Locul de muncă se completează de pe dovada eliberată de unitatea unde este angajată persoana respectivă.
- 3.19. Nivelul de instruire - se trece în căsuța alăturată codul pentru nivelul de instruire (de la 1 la 9).
- 3.20. Statut asigurat - se completează pe baza documentelor care atestă calitatea de asigurat, după cum urmează:
  - a) asigurat CNAS - pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie, acord internațional, card european, formulare europene;
  - b) asigurare voluntară - pentru cei care au o asigurare privată;
  - c) neasigurat - pentru pacienții care nu au nici asigurare CNAS, nici asigurare voluntară.
- 3.21. Tip asigurare - se completează numai pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare CNAS, astfel:
  - a) se bifează "Obligatorie" - pentru cetățenii români sau străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare;
  - b) se bifează "Acord internațional" - pentru persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale în domeniul sănătății. În absența codului numeric personal al pacientului se completează numărul pașaportului.
  - c) se bifează "Card european" - cetățenii străini care prezintă un card european de asigurări sociale de sănătate emis de un alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană. În baza acestui card, persoana respectivă beneficiază de acele servicii medicale care devin necesare în perioada șederii sale în România; în această situație se completează și numărul cardului în secțiunea Nr. card european;
  - d) se completează "Formularele europene" (E106, E109, E112, E120, E121, Sxxx) - pentru cetățenii străini pe baza formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială. În absența codului numeric personal al pacientului se completează numărul pașaportului.
  - e) Nr. card național se completează pentru cetățenii români pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate.
- 3.22. CAS - se completează pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie și asigurare facultativă.
- 3.23. Criteriul de internare - se completează numeric în ordinea prevăzută în Normele metodologice de aplicare a hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în vigoare, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vigoare, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, conform Notei 2 privind criteriile de internare, atașată FOCG (la 02-07-2021, Subpunctul 3.23. din Punctul 3. , Anexa nr. 3 a fost modificat de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 1.119 din 2 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 659 din 02 iulie 2021 )
4. Grupul sanguin, Rh și alergici la - se completează pe baza actelor medicale ale pacientului, fie pe baza investigațiilor ce se efectuează la internarea în spital.
5. Tipul internării: se trece în căsuța alăturată codul tipului de trimitere (de la 1 la 5, respectiv 9), după cum urmează:
  - 1 - fără bilet de internare;
  - 2 - bilet de internare de la medicul de familie (BI MF);
  - 3 - bilet de internare de la medicul specialist (BI MS);
  - 4 - transfer interspitalicesc;
  - 5 - internare la cerere.
  - 9 - alte - bilet de internare de la medici care au încheiat convenții cu casa de asigurări de sănătate pentru a elibera bilete de internare: medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Pentru tipul internării BI MF (2), BI MS (3) și alte (9), se completează seria BI cu seria

biletului de internare și nr. BI cu numărul biletului de internare.

(la 01-04-2018, Codul tipului de trimitere 9, Punctul 5. din Anexa nr. 3 a fost modificat de Punctul 5, Articolul I din ORDINUL nr. 401 din 27 martie 2018, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 274 din 28 martie 2018 )

6. Data internării și externării, ora internării și externării, numărul zilelor de spitalizare și numărul de zile de concediu medical acordate la externare se completează în căsuțele corespunzătoare.

7. Diagnosticul de trimitere se completează de medicul de gardă pe baza biletului de trimitere (internare) numai pentru pacienții care se prezintă la spital cu bilet de trimitere (internare); se notează diagnosticul precizat de medicul care a trimis pacientul pentru a fi spitalizat; diagnosticul de trimitere nu se codifică.

8. Diagnosticul de internare este cel al medicului de gardă al spitalului și este semnat și parafat; el se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1.

9. Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, nu se codifică.

10. Diagnosticul la externare se completează și se codifică de către medicul curant conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011. În caz de transfer intraspitalicesc, comisia de specialitate/consiliul medical din spital va stabili pentru o FOCG un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celelalte diagnostice vor fi trecute dacă este cazul la diagnostice secundare și complicații.

10.1. Diagnosticul principal are două rânduri, al doilea pentru situațiile de codificare duală:

10.1.1. În caz de traumatisme și otrăviri:

a) în primul rând se trece natura acestora (capitolele S, T din clasificarea RO DRG v.1);

b) în al doilea rând se trece cauza externă (capitolele V, W, X, Y din clasificarea RO DRG v.1).

10.1.2. În cazul afecțiunilor notate cu dagger (+) și asterix (\*):

a) în primul rând se trece diagnosticul cu (+);

b) în al doilea rând se trece cel cu (\*).

10.2 Diagnosticele secundare (complicații/comorbidități) se înregistrează pentru celelalte afecțiuni, concomitente cu diagnosticul principal, trecându-se exclusiv complicațiile/comorbiditățile pentru care pacientul a fost investigat și tratat în timpul episodului respectiv de boală; se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.

10.3. Semnalarea ca boală profesională se completează de către medicul curant - prin bifarea căsuței respective din coloana «Semnalare boală profesională», din dreptul diagnosticelor, respectiv diagnosticul principal la externare și diagnostice secundare la externare (complicații/comorbidități), după caz. Pentru semnalarea și raportarea suspiciunilor de boală profesională, în cazul în care cel puțin unul dintre diagnosticele de la externare are suspiciunea de a fi cauzat sau agravat de ocupație sau de condițiile de la locul de muncă, medicul curant va bifa obligatoriu căsuța respectivă, urmat de semnalarea cazului ca boală profesională prin întocmirea fișei BP1, conform art. 150 din Normele metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1.425/2006, cu modificările și completările ulterioare.

#### NOTĂ:

La codificare se va ține seama de standardele și reglementările de clasificare și codificare în vigoare, trecându-se exclusiv complicațiile/comorbiditățile pentru care pacientul a necesitat îngrijiri suplimentare și/sau monitorizare, a fost investigat și/sau tratat în timpul episodului respectiv de boală.

11. Număr de ore de ventilație mecanică - se completează cu numărul de ore de ventilație mecanică continuă, cuprins între data, ziua, ora intubării și data, ziua, ora detubării, calculat astfel: a) dacă pacientul nu necesită asistarea respirației, numărul de ore de ventilație mecanică nu se completează;

b) dacă pacientul necesită asistarea respirației într-un singur episod de ventilație mecanică pe durata spitalizării, numărul de ore de ventilație mecanică este egal cu durata acestui episod;

c) dacă pacientul necesită asistarea respirației în episoade de ventilație mecanică fragmentate pe durata spitalizării, numărul de ore de ventilație mecanică este egal cu durata celui mai lung episod.

12. Intervenția chirurgicală principală, cele concomitente, alte intervenții chirurgicale: se completează pe baza Registrului protocol operator, trecându-se echipa operatorie, codurile respective, conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011, data și ora de început și de sfârșit a acestora.

a) Data și ora de început se referă la momentul în care pacientul este poziționat în vederea efectuării procedurii chirurgicale.

b) Data și ora de sfârșit se referă la momentul în care pacientul părăsește sala de operație/cabinetul de examinare.

13. Examen citologic, extemporaneu, histopatologic - se trec elementele mai importante ale examenelor respective efectuate în spital.

14. Transfer între secțiile spitalului - se completează de fiecare secție în care a fost internat și transferat pacientul.

15. Starea la externare, tipul externării și decesul intraoperator și postoperator se completează și se codifică de medicul curant în căsuțele respective.

16. Diagnosticul în caz de deces se completează și se codifică tot de medicul curant, concomitent cu Certificatul constator de deces, utilizându-se clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia 10 OMS.

17. Diagnosticul anatomopatologic se completează pe baza buletinului de examinare histopatologică ale anatomopatologului care, în caz de tumori maligne, trece și codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broșura de clasificare a tumorilor.
18. Explorări funcționale și investigații radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații. Codificarea se face conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.
19. Motivele internării - se trec semnele și simptomele care au motivat spitalizarea pacientului.
20. Anamneza și istoricul bolii vor cuprinde pe subcapitole (a, b, c, d, e) tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea.
21. Examenul clinic general, examenul oncologic, alte examene speciale, cele radiologice, anatomopatologice, ecografice etc. Examenul clinic general este cel al medicului curant, iar celelalte sunt ale altor secții sau laboratoare și sunt trecute în buletinele de investigații, din care medicul curant va trece în FOCG ceea ce este mai important pentru cazul tratat, anexând și buletinele.
22. Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant\*) și revăzut de șeful secției respective. Cuprinde rezumativ principalele etape ale spitalizării și ale tratamentului acordat pe parcurs, recomandările date celui externat, medicamentele prescrise, comportamentul indicat acestuia în perioada următoare externării.
- 
- \*) Se consideră medic curant numai medicii care lucrează în secțiile cu paturi, astfel:
  - a) în secțiile medicale va fi considerat medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticul la externare;
  - b) în secțiile chirurgicale va fi considerat medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticul la externare dacă nu s-au efectuat intervenții chirurgicale sau medicul operator principal ("mâna întâi") la intervenția chirurgicală principală;
  - c) la secțiile de obstetrică-ginecologie:- dacă nu există o naștere - se consideră medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticul la externare dacă nu s-au efectuat intervenții chirurgicale sau medicul operator principal ("mâna întâi") la intervenția chirurgicală principală;~ dacă are loc o naștere - se consideră medic curant medicul care a asistat nașterea sau medicul operator principal în cazul nașterii prin operație cezariană.
23. Semnătura și parafa medicului - se completează de către medicul curant.

Anexa nr. 5

## INSTRUCȚIUNI

privind completarea fișei de spitalizare de zi (FSZ)

Se întocmesc fișe de spitalizare de zi distincte pentru fiecare poziție din cazurile rezolvate/serviciile medicale în regim de spitalizare de zi prevăzute la lit. B pct. B.1, B.2, pct. B.3 subpct. B.3.1 și B.3.2, pct. B.4.1 și B.4.2 din anexa nr. 22, precum și pentru fiecare poziție din serviciile medicale – caz în regim de spitalizare de zi – prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările și completările ulterioare.

(la 28-01-2022, Primul paragraf din Anexa nr. 5 a fost modificat de Punctul 2, Articolul I din ORDINUL nr. 189 din 28 ianuarie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 90 din 28 ianuarie 2022 )

1. Datele de identificare a spitalului și datele de identificare a pacientului se completează precum cele din formularul „Foale de observație clinică generală”.

2. Numărul de înregistrare al fișei de spitalizare de zi este unic pe spital, se face după codul unic din registrul de intrări-ieșiri pentru spitalizare de zi al spitalului și poate avea maximum 10 caractere.

3. Tipul internării: se trece în căsuța alăturată codul tipului de trimitere (1, 2, 3, 5, respectiv 9), după cum urmează:

- 1 - fără bilet de internare;
- 2 - bilet de internare de la medicul de familie (BI MF);
- 3 - bilet de internare de la medicul specialist (BI MS);
- 5 - internare la cerere;

9 - alte: bilet de internare de la medici care au încheiate convenții cu casa de asigurări de sănătate pentru a elibera bilete de internare: medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Pentru tipul internării BI MF (2), BI MS (3) și alte (9) se completează seria BI cu seria biletului de internare și nr. BI cu numărul biletului de internare.

4. Criteriul de internare se completează numeric în ordinea prevăzută în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, conform Notei 1 privind criteriile de internare, atașată FSZ.

(la 02-07-2021, Punctul 4 din Anexa nr. 5 a fost modificat de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 1.119 din 2 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 659 din 02 iulie 2021 )

5. Tip servicii spitalizare de zi se completează conform tipurilor de servicii de spitalizare de zi prevăzute la lit. B din anexa nr. 22 și la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare: - C: pentru serviciile medicale de tip «caz rezolvat» prevăzute la lit. B pct. B.1 și B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare; - S: pentru serviciile medicale de tip «serviciu» prevăzute la lit. B pct. B.3 subpct. B.3.1 și B.3.2, pct. B.4.1 și B.4.2 din anexa nr. 22 și la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

(la 28-01-2022, Punctul 5. din Anexa nr. 5 a fost modificat de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 189 din 28 ianuarie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 90 din 28 ianuarie 2022 )

6. Tip caz rezolvat: se completează numai pentru serviciile medicale de tip caz rezolvat, după cum urmează: - M: pentru serviciile medicale de tip „caz rezolvat” de tip MEDICAL - de la lit. B pct. B.1 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021; - C: pentru serviciile medicale de tip „caz rezolvat”, de tip CHIRURGICAL - de la lit. B pct. B.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021.

(la 02-07-2021, Punctul 6 din Anexa nr. 5 a fost modificat de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 1.119 din 2 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 659 din 02 iulie 2021 )

7. Diagnosticul principal și diagnosticile secundare se codifică conform Listei tabelare a bolilor conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr.

1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1, de către medicul curant. 7.1. Semnalarea ca boală profesională se completează de către medicul curant - prin bifarea căsuței respective din coloana „Semnalare boală profesională”, din dreptul diagnosticilor, respectiv diagnosticul principal și diagnostice secundare la externare

(complicații/comorbidități), după caz. Pentru semnalarea și raportarea suspiciunilor de boală profesională, în cazul în care cel puțin unul dintre diagnosticile de la externare are

suspiciunea de a fi cauzat sau agravat de ocupație sau de condițiile de la locul de muncă, medicul curant va bifa obligatoriu căsuța respectivă, urmat de semnalarea cazului ca boală

profesională prin întocmirea fișei BP1, conform art. 150 din Normele metodologice de aplicare a

prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1.425/2006, cu modificările și completările ulterioare.

8. Vizitele se înregistrează pentru fiecare prezentare a pacientului cuprinsă în fișa de spitalizare de zi, prin completarea următoarelor informații: data și ora de început a vizitei, precum și data și ora de sfârșit a vizitei. Numărul vizitelor consemnate în fișa de spitalizare de zi se completează în prima pagină a fișei de spitalizare de zi, la momentul închiderii fișei. Data primei vizite coincide cu data deschiderii fișei de spitalizare de zi. În situația în care fișa de spitalizare de zi se încheie la o dată ulterioară, indiferent de tipul serviciilor de spitalizare de zi, caz rezolvat sau serviciu, ultima vizită consemnată trebuie să aibă data mai mică sau egală cu data închiderii fișei.

9. Procedurile medicale se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.

10. Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator în vigoare din 15 februarie 2006.

11. Înregistrarea procedurilor medicale, a investigațiilor de laborator și a tratamentului se face distinct pentru fiecare vizită.

12. Rubrica „Alte examene de specialitate” se completează în situația în care pacientului i se acordă consultații în diverse specialități necesare pentru rezolvarea cazului sau a serviciului. 13. Înregistrarea serviciilor pentru spitalizarea de zi de tip «serviciu» se face distinct pentru fiecare vizită, dacă serviciile respective au fost efectuate în cadrul vizitei, completând denumirea serviciului, conform lit. B pct. B.3, pct. B.4.1 și B.4.2 din anexa nr. 22 și art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare. Vizita durează maximum 12 ore pe zi și nu sunt posibile mai multe vizite în aceeași zi pe aceeași fișă de spitalizare de zi.

Pentru spitalizarea de zi de tip «caz rezolvat», secțiunea «Servicii efectuate» nu se completează. (la 28-01-2022, Punctul 13. din Anexa nr. 5 a fost modificat de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 189 din 28 ianuarie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 90 din 28 ianuarie 2022 )

(la 01-04-2018, Anexa nr. 5 a fost modificată de Punctul 7, Articolul I din ORDINUL nr. 401 din 27 martie 2018, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 274 din 28 martie 2018 )

#### Anexa nr. 6

Datele din foaia de observație clinică generală care formează Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea continuă (SMDPC):

1. Codul de identificare a cazului externat
2. Codul de identificare a spitalului
3. Codul de identificare a secției
4. Numărul foi de observație clinică generală
5. Codul de identificare a pacientului - CID
6. Codul situației speciale (suspiciune de accident de muncă, suspiciune de boală profesională, accident rutier, vătămare corporală)

7. Structura prin care se realizează internarea pacientului

8. Sexul

9. Data nașterii

10. Județul de domiciliu al pacientului

11. Localitatea de domiciliu a pacientului

12. Cetățenia

13. Greutatea la naștere (doar pentru nou-născuți)

14. Greutatea la internare (copii 0-1 an)

15. Codul de identificare a mamei - CID mamă

(la 01-04-2018, Punctul 15. din Anexa nr. 6 a fost modificat de Punctul 8, Articolul I din ORDINUL nr. 401 din 27 martie 2018, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 274 din 28 martie 2018 )

16. FOCG mamă

17. Ocupația

18. Nivelul de instruire

19. Statut asigurat

20. Tipul asigurării de sănătate

21. Nr. card european

22. Nr. pașaport

23. Nr. card național

24. Casa de asigurări de sănătate

25. Tipul internării

26. Serie bilet internare

27. Număr bilet internare

28. Criteriul de internare

29. Data internării

30. Ora internării

31. Diagnosticul la internare

32. Data externării

33. Ora externării

34. Tipul externării

35. Starea la externare
36. Diagnosticul principal și diagnosticile secundare la externare
37. Numărul de ore de ventilație mecanică
38. Intervenția chirurgicală principală efectuată
39. Data și ora de începere a intervenției chirurgicale principale
40. Data și ora sfârșitului de intervenție chirurgicală principală
41. Alte intervenții chirurgicale, data și ora de începere a intervenției, data și ora sfârșitului de intervenție
42. Alte proceduri: explorări funcționale, investigații radiologice, precum și numărul acestora
43. Transferurile intraspitalicești (secția, data și ora)
44. Tip deces asociat cu intervenția chirurgicală principală: intraoperator (1), postoperator 0-23 ore (2), postoperator 24-47 ore (3), postoperator 48 ore și peste (4)
45. Data și ora decesului
46. Codul de parafă al medicului curant
47. Codul de parafă al medicului operator

-----

Anexa nr. 6 a fost înlocuită cu anexa nr. 5 din ORDINUL nr. 1.503 din 11 decembrie 2013 publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 786 din 16 decembrie 2013, conform modificării aduse de pct. 4 al art. I din același act normativ.

## Anexa nr. 7

Datele din fișa de spitalizare de zi care formează Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi (SMDPZ)

1. Codul de identificare a cazului externat
2. Codul specific de identificare a vizitei
3. Codul de identificare a unității sanitare
4. Codul de identificare a secției
5. Numărul fișei de spitalizare de zi
6. Codul de identificare al pacientului - CID
7. Sexul
8. Data nașterii
9. Județul de domiciliu al pacientului
10. Localitatea de domiciliu a pacientului
11. Cetățenia
12. Ocupația
13. Nivelul de instruire
14. Statut asigurat
15. Tipul asigurării de sănătate
16. Nr. card european
17. Nr. pașaport
18. Nr. card național
19. Casa de asigurări de sănătate
20. Tipul internării
21. Serie bilet internare
22. Număr bilet internare
23. Criteriul de internare
24. Data deschiderii fișei
25. Data închiderii fișei
26. Tipul de serviciu de spitalizare de zi: CAZ REZOLVAT sau SERVICIU
27. Tipul de caz rezolvat (chirurgical sau medical)
28. Diagnosticul principal și diagnosticile secundare la închiderea fișei
29. Data și ora de început a vizitei,
30. Data și ora de sfârșit a vizitei
31. Serviciile efectuate în cadrul vizitei, pentru spitalizarea de zi de tip "serviciu" (niciunul, unul sau mai multe servicii efectuate)
32. Procedurile efectuate în cadrul vizitei
33. Investigațiile de laborator efectuate în cadrul vizitei
34. Codul de parafă al medicului curant
35. Spitalizare de zi conform Ordinului Ministerului Sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, completat cu valoarea «DA». Informația este necesară pentru a diferenția fișele de spitalizare, caz rezolvat sau serviciu, de serviciile efectuate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului Sănătății publice nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

(la 01-07-2016, Pct. 35 de la secțiunea Datele din fișa de spitalizare de zi care formează Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi (SMDPZ) din anexa 7 a fost modificat de pct. 5 al art. I din ORDINUL nr. 779 din 30 iunie 2016 publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 494 din 1 iulie 2016. )

Datele din fișa prevăzută în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007, cu modificările și completările ulterioare, care formează Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi (SMDPZ)

1. Codul de identificare a cazului externat
2. Codul de identificare a unității sanitare. Unitatea sanitară se codifică conform nomenclatorului unităților sanitare publicat pe pagina de internet a Ministerului Sănătății: [www.ms.ro](http://www.ms.ro)
3. Codul de identificare a secției de primiri urgente. Secția se codifică conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare.
4. Numărul fișei de spitalizare (fișă al cărei model este prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007, cu modificările și completările ulterioare)
5. Codul de identificare al pacientului - CID
6. Sexul
7. Data nașterii
8. Data și ora preluării pacientului
9. Data și ora predării pacientului
10. Tipul de serviciu de spitalizare de zi: reprezintă serviciile de la pozițiile 34 și 35 din lista prevăzută la lit. B pct. B.3 subpct. 3.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021.

(la 02-07-2021, Punctul 10 din secțiunea Datele din fișa prevăzută în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007, cu modificările și completările ulterioare, care formează Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi (SMDPZ), Anexa nr. 7 a fost modificat de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 1.119 din 2 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 659 din 02 iulie 2021 )

11. Codul de parafă al medicului curant
12. Spitalizare de zi conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare, completat cu valoarea «NU». Informația este necesară pentru a diferenția fișele de spitalizare, caz rezolvat sau serviciu, de serviciile efectuate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007, cu modificările și completările ulterioare.

Pct. 12 de la secțiunea "Datele din fișa prevăzută în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007, cu modificările și completările ulterioare, care formează Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi (SMDPZ)" din anexa 7 a fost modificat de pct. 6 al art. I din ORDINUL nr. 779 din 30 iunie 2016 publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 494 din 1 iulie 2016.