

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
ИНДИВИДУАЛНИОТ ИЗВЕТАЈ (ПРИЈАВА) ЗА ШЕЌЕРНА БОЛЕСТ**

Образец МЗС-02

Ред. број	Прашање	Упатство
Без. бр	Здравствена организација	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без. бр	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без. бр	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без. бр	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
1.	Име и презиме	Не се шифрира
	- единствен матичен број од л.к.	Се шифрира со 13 шифрарски места
2.	Пол	Се заокружува една од понудените опции
3.	Ден, месец и година на раѓање	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4.	Националност	Описно, не се шифрира
5	Брачна состојба	Се заокружува една од наведените опции
6.	Занимање	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања
7.	Место и адреса на постојано живеење	

	Место Општина Улица и број	Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира
8.	Вид на здравствена заштита	Се заокружува една од дадените опции (актуелна во моментот)
9.	Регистарски број (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 10 шифрарски места
Без бр.	Шифра на дејност (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 6 шифрарски места.
10	Дијагноза а) клиничка _____ б) лабораториски наод	Се шифрира со шифра по МКБ-10 со 4 шифрарски места Се заокружува една од понудените опции
11.	Дата на првото утврдување на дијагнозата Ден__месец__година_____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
12	Дата на пријавување на дијагнозата Ден____месец____година____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
13.	Вид на шеќерната болест	Се заокружува една од понудените опции
14.	Вид на лекувањето	Се заокружува една од понудените опции
15	Исход од лекувањето	Се заокружува една од понудените опции
Без. бр	Дата	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без. бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
ИНДИВИДУАЛНИОТ ИЗВЕТАЈ (ПРИЈАВА) ЗА ИСХЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СРЦЕТО**
Образец МЗС-03

Ред. број	Прашање	Упатство
Без. бр	Здравствена организација	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без. бр	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без. бр	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без. бр	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
1.	Име и презиме	Не се шифрира
	- единствен матичен број од л.к.	Се шифрира со 13 шифрарски места
2.	Пол	Се заокружува една од понудените опции
3.	Ден, месец и година на раѓање	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4.	Националност	Описно, не се шифрира
5	Брачна состојба	Се заокружува една од наведените опции
6.	Занимање	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања
7.	Место и адреса на постојано живеење	

	Место Општина Улица и број	Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира
8.	Вид на здравствена заштита	Се заокружува една од дадените опции (актуелна во моментот)
9.	Регистарски број (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 10 шифрарски места
Без бр.	Шифра на дејност (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 6 шифрарски места.
10	Дијагноза а)клиничка б)лабораториски наод	Описно и се шифрира со шифра по МКБ-10 со 4 шифрарски места Се заокружува една од понудените опции
11.	Присутни фактори на ризик а) б)пушење	Заокружи ”да” или ”не” Може да се заокружи повеќе од понудените опции ако ги има Се заокружува една од понудените опции
12.	Дата на првото утврдување на дијагнозата Ден___месец___година_____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
13	Дата на пријавување на дијагнозата Ден___месец___година_____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
14.	Вид на лекувањето а) б)	Се заокружува една од понудените опции Се заокружува една од понудените опции
15	Исход од лекувањето	Се заокружува една од понудените опции
Без бр	Дата	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
ИНДИВИДУАЛНИОТ ИЗВЕТАЈ (ПРИЈАВА) ЗА ПСИХОЗИ**

Образец МЗС-05

Ред. број	Прашање	Упатство
Без. бр	Здравствена организација	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без. бр	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без. бр	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без. бр	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
1.	Име и презиме	Не се шифрира
	- единствен матичен број од л.к.	Се шифрира со 13 шифрарски места
2.	Пол	Се заокружува една од понудените опции
3.	Ден, месец и година на раѓање	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4.	Националност	Описно, не се шифрира
5	Брачна состојба	Се заокружува една од наведените опции
6.	Занимање	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања

7.	Место и адреса на постојано живеење Место Општина Улица и број	Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира
8.	Вид на здравствена заштита	Се заокружува една од дадените опции (актуелна во моментот)
9.	Регистарски број (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 10 шифрарски места
Без бр.	Шифра на дејност (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 6 шифрарски места.
10	Дијагноза	Описно и се шифрира со шифра по МКБ-10 со 4 шифрарски места
11.	Дата на првото утврдување на дијагнозата односно датумот на првата хоспитализација Ден__месец__година_____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
12.	Времетраење на првата хоспитализација	Се впишува број на денови и се пополнува до 3 шифрарски места
13	Дата на прием на болниот Ден__месец__година	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
14	Дата на испис на болниот Ден__месец__година	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
15.	Вид на лекувањето	Се заокружува една од понудените опции
16	Исход од лекувањето	Се заокружува една од понудените опции
Без бр	Дата	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
ИНДИВИДУАЛНИОТ ИЗВЕТАЈ (ПРИЈАВА) ЗА АЛКОХОЛИЗАМ И ДРУГИ ЗАВИСНОСТИ**

Образец МЗС-06

Ред. број	Прашање	Упатство
Без. бр	Здравствена организација	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без. бр	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без. бр	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без. бр	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
1.	Име и презиме	Не се шифрира
	- единствен матичен број од л.к.	Се шифрира со 13 шифрарски места
2.	Пол	Се заокружува една од понудените опции
3.	Ден, месец и година на раѓање	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4.	Националност	Описно, не се шифрира
5	Брачна состојба	Се заокружува една од наведените опции
6.	Занимање	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања

7.	Место и адреса на постојано живеење Место Општина Улица и број	Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира
8.	Вид на здравствена заштита	Се заокружува една од дадените опции (актуелна во моментот)
9.	Регистарски број (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 10 шифрарски места
Без бр.	Шифра на дејност (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 6 шифрарски места.
10	Дијагноза а) клиничка б) лабораториски наод	Се шифрира со шифра по МКБ-10 со 4 шифрарски места Се заокружува една од понудените опции
11.	Дата на првото утврдување на зависноста Ден__месец__година_____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
12.	Дата на првото пријавување на зависноста Ден__месец__година_____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
13.	Вид на лекувањето а) б)	Се заокружува една од понудените опции Се заокружува една од понудените опции
14.	Исход од лекувањето	Се заокружува една од понудените опции
Без бр	Дата	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
 ИНДИВИДУАЛНИОТ ИЗВЕТАЈ (ПРИЈАВА) ЗА ИНТОКСИКАЦИЈА(ТРУЕЊЕ)**

Образец МЗС-09

Ред.б рој	Прашање	Упатство
Без бр.	Здравствена организација	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без бр.	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без бр.	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без бр.	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
1.	Име и презиме	Не се шифрира
	- единствен матичен број од л.к.	Се шифрира со 13 шифрарски места
2.	Пол	Се заокружува една од понудените опции
3.	Ден, месец и година на раѓање	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4.	Националност	Описно, не се шифрира
5	Брачна состојба	Се заокружува една од наведените опции
6.	Занимање	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања
7.	Место и адреса на постојано живеење Место Општина Улица и број	Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира
8.	Вид на здравствена заштита	Се заокружува една од дадените опции (актуелна во моментот)
9.	Регистарски број (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 10 шифрарски места
Без бр.	Шифра на дејност (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 6 шифрарски места.

Подготвила: прим.др.Марика Каранфилова

10	Дијагноза а) клиничка ц) лабораториски наод	Описно и се шифрира со шифра по МКБ-10 со 4 шифрарски места Се заокружува една од понудените опции
11.	Дата на првото утврдување на дијагнозата Ден__месец__година_____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
12.	Дата на пријавување на дијагнозата Ден__месец__година_____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
13.	Приина, односно вид на интоксикација (суицид, акцидент, криминал и др.)	Се заокружува една од опциите и се шифрира со шифри од главата XX (надворешни причини на морбидитетот и морталитетот) на МКБ10
14.	Рецидив	Да се заокружат понудените опции , и да се наведе редниот број на рецидивот
15.	Последици од интоксикацијата	Да се заокружи една од неведените опции
16.	Време на попреченост на работа за време на лекувањето	Да се наведе бројот на денови до 3 шифрарски места
17.	Рехабилитација	Може да се заокрузат повеќе опции
18.	Вид на лекувањето а) б)	Се заокружува една од понудените опции Се заокружува една од понудените опции
19.	Исход од лекувањето	Се заокружува една од понудените опции
Без бр	Дата	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
 ИНДИВИДУАЛНИОТ ИЗВЕТАЈ (ПРИЈАВА) ЗА СООБРАЌАЈНА ТРАУМА**

Образец МЗС-10

Ред.б рој	Прашање	Упатство
Без. бр	Здравствена организација	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без. бр	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без. бр	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без. бр	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
1.	Име и презиме	Не се шифрира
	- единствен матичен број од л.к.	Се шифрира со 13 шифрарски места
2.	Пол	Се заокружува една од понудените опции
3.	Ден, месец и година на раѓање	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4.	Националност	Описно, не се шифрира
5	Брачна состојба	Се заокружува една од наведените опции
6.	Занимање	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања
7.	Место и адреса на постојано живеење Место Општина Улица и број	Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира
8.	Вид на здравствена заштита	Се заокружува една од дадените опции (актуелна во моментот)
9.	Регистарски број (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 10 шифрарски места
Без	Шифра на дејност (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 6 шифрарски места.

Подготвила: прим.др.Марика Каранфилова

бр.		
10	Дијагноза (природа на повредата) Надворешна причина на повредата а) рентгенски наод б) други наоди	Описно и се шифрира со шифра по МКБ-10 (од глава XIX) со 4 шифрарски места Описно и се шифрира со шифра по МКБ-10 (од глава XX) со 4 шифрарски места Се заокружува една од понудените опции Се заокружува една од понудените опции
11.	Време на настанување на повредата: час ___ ден ___ месец ___ година ___ ден во седмицата _____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 8 шифрарски места Описно (пр. понеделник, вторник итн)
12.	Сообраќајно сретство кое предизвикало повреда (вид на сообраќајно возило)	Се се заокружува една од понудените опции
13.	Фактори и ризик:	Се заокружуваат повеќе опции ако ги има
14	Место на укажување прва помош	Се се заокружува една од понудените опции
15	Кој укажал прва помош	Се се заокружува една од понудените опции
16	Дата и час на укажување медицинска помош на повредениот: час ___ ден ___ месец ___ година ___	Се пополнува на означените места и се шифрира со 8 шифрарски места
17	Вид на лекување: а) б)	Се заокружува една од понудените опции Се заокружува една од понудените опции
18	Медицинска рехабилитација	Се заокружува една од понудените опции
19	Граен инвалидитет	Се заокружува една од понудените опции
20	Исход на лекувањето	Се заокружува една од понудените опции
Без бр	Дата	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
 ИНДИВИДУАЛНИОТ ИЗВЕТАЈ (ПРИЈАВА) ЗА РЕВМАТСКА ТРЕСКА**

Образец МЗС-08

Ред.б рој	Прашање	Упатство
Без. бр	Здравствена организација	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без. бр	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без. бр	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без. бр	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
1.	Име и презиме	Не се шифрира
	- единствен матичен број од л.к.	Се шифрира со 13 шифрарски места
2.	Пол	Се заокружува една од понудените опции
3.	Ден, месец и година на раѓање	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4.	Националност	Описно, не се шифрира
5.	Брачна состојба	Се заокружува една од наведените опции
6.	Занимање	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања
7.	Место и адреса на постојано живеење Место Општина Улица и број	Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира
8.	Вид на здравствена заштита	Се заокружува една од дадените опции (актуелна во моментот)
9.	Регистарски број (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 10 шифрарски места

Без бр.	Шифра на дејност (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 6 шифрарски места.
10	Дијагноза а) клиничка д) лабораториски наод	Описно и се шифрира со шифра по МКБ-10 со 4 шифрарски места Се заокружува една од понудените опции
11.	Дата на првото утврдување на дијагнозата Ден _____ месец _____ година _____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
12.	Дата на пријавување на дијагнозата Ден _____ месец _____ година _____	Се пополнува на означените места и се шифрира со 6 шифрарски места
13	Главни знаци на заболувањето	Се заокружуваат повеќе опции ако ги има
14	Податоци за претходно прележана стрептококна инфекција	Се заокружува една од наведените опции
15	Прва атака и број на рецидиви: а) прва атака б) број на рецидиви	Се заокружува една од наведените опциите Се запишува бројот
16	Профилактика на рецидивот:	Се заокружува една од наведените опции
17	Вид на лекувањето а) б)	Може да се заокружат повеќе од од наведените опции ако ги има Се заокружува една од наведените опции
18.	Исход на лекувањето	Се заокружува една од наведените опции
Без бр	Дата	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
 ПРИЈАВА ЗА МАЛИГНА НЕОПЛАЗМА**

Образец бр. 3-35-86

Ред. број	Прашање	Упатство
Без. бр	Организација на здружен труд во областа на здравството (Здравствена организациј	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без. бр	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без. бр	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без. бр	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
1.	Презиме и име	Не се шифрира
2.	Единствен матичен број на граѓанинот	Се шифрира со 13 шифрарски места
3.	Датум на раѓање Ден _____ месец _____ година _____	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4.	Пол	Се заокружува една од понудените опции
5	Место на раѓање Место Општина	Назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
6.	Место на постојан престој: Улица и број Место Општина	Не се шифрира Назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
7.	Број на историја на болеста-картон	Се впишува бројот на овие основно документи
8.	Занимање-работа што ја врши	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања
9.	Дали порано е утврден некој друг примарен	Се заокружува една од опциите и се впишува годината кога тој малигном е

Подготвила: прим.др.Марика Каранфилова

	малигном	откриен, се шифрира со 2 шифрарски места
-10	Датум на утврдување на сегашното заболување Месец _____ година _____	Се запишува месецот и годината , се шифрира со 4 шифрарски места
11	Заболувањето е утврдено:	Се заокружува една или повеќе од понудените опции ако ги има и соодветно се шифрира со 1 шифрарско место
12.	Анатомска локализација Примарна _____ Метастаза _____ -	Се одговара описно и се шифрира по МКБ10 со 4 шифрарски места (од главата II) Се одговара описно и се шифрира по МКБ10 со 4 шифрарски места (од главата II)
13.	Хистолошки тип	Се одговара описно и се шифрира по МКБ10 со 6 шифрарски места (од Шифрираната номенклатура за морфологија на неоплазмите со афабетски преднак "М")
14.	Клинички стадиум на заболувањето пред примарната терапија	Се заокружува една од понудените опции и соодветно се шифрира со едно шифрарско место
15.	Брачна состојба	Се заокружува една од опциите и соодветно се шифрира со едно шифрарско место
16.	Регистарски број од здр. легитимација	Се шифрира со 10 шифрарски места
17	Назив на СИЗ односно на друг обврзник кој ги поднесува трошоците за дадената здравствена заштита	Овде се впишува називот на подрачната единица на ФЗО и соодветно се шифрира со 4 шифрарски места
Без. бр	Дата	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без. бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
 ПРИЈАВА ЗА МАЛИГНО ЗАБОЛУВАЊЕ**

Образец бр. МЗС-01

Ред.б рој	Прашање	Упатство
Без. бр	Организација на здружен труд во областа на здравството (Здравствена организациј)	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без. бр	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без. бр	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без. бр	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
Табела	Реден број на уписот во книга за евиденции односно регистарот	Ова не се пополнува
1.	Презиме и име	Не се шифрира
2.	Место на живеење _____ Општина _____	Се пополнува улица, број и место Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
3.	Датум на раѓање Ден _____ месец _____ година _____	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4.	Пол	Се заокружува една од понудените опциина
5.	Народност	Описно
6.	Брачна состојба	Се заокружува една од понудените опции, се шифрира со редниот бр. На опцијата со едни шифрарско место
7.	Занимање-работа што ја врши	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања
8.	Колку години е на таа работа	Се шифрора со две шифрарски места
9.	Назив и место на ОЗТ(назив на раб. организација каде болниот работи)	

Подготвила: прим.др.Марика Каранфилова

	шифра на стопанска дејност	Се шифрира со 4 шифрарски места
10	Категорија на здравствено осигурување	Се заокружува една од понудените опции
11	Пуши: да не Пие: да не	Се заокружува една од понудените опции , шифрира со 1 шифрарско место
12.	Кога е прв пат приметено заболувањето	Дата -ден,месец и година се шифрира со две шифрарски места само за годината
13.	Клиничка дијагноза шифра по МКБ10	Описно Се шифрира со 4 шифрарски места
14.	Хистолошко-цитолошки наод : ИМА НЕМА	Се шифрира по МКБ10 со 6 шифрарски места (од Шифрираната номенклатура за морфологија на неоплазмите со афabetски преднак "M")
15.	Дата на првото утврдување на заболувањето Ден _____ месец _____ година _____	Се шифрира со 6 шифрарски места
16.	Дата на пријавувањето на дијагнозата Ден _____ месец _____ година _____	Се шифрира со 6 шифрарски места
16.	Регистарски број од здр. легитимација	Се шифрира со 10 шифрарски места
17	Фаза на заболувањето	Се избира една од понудените опции ,се шифрира со едно шифрарско место ред.бр на опцијата
18	Метастази "не постојат" "постојат" - локализација	Се заокружува една од понудените опции, локализацијата се специфицира описно и со шифра по МКБ-10 со 4 шифрарски места
19	Вид на лекувањето:	Се избира една од понудените опции ,се шифрира со едно шифрарско место ред.бр на опцијата
20	Кој боледувал, болува или умрел од слично заболување во семејството (сродство)	Описно
21	Исход на лекувањето	Се избира една од понудените опции ,се шифрира со едно шифрарско место ред.бр на опцијата
Без. бр	Дата на уписот на податоците	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без. бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
ИНДИВИДУАЛНИОТ ИЗВЕТАЈ (ПРИЈАВА) ЗА БУБРЕЖНА ИНСУФИЦИЕНЦИЈА**

Образец МЗС-04

Ред.б рој	Прашање	Упатство
Без. бр	Здравствена организација	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без. бр	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без. бр	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без. бр	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
1.	Име и презиме	Не се шифрира
	- единствен матичен број од л.к.	Се шифрира со 13 шифрарски места
2.	Пол	Се заокружува една од понудените опции
3.	Ден, месец и година на раѓање	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4.	Националност	Описно, не се шифрира
5.	Брачна состојба	Се заокружува една од наведените опции
6.	Занимање	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања
7.	Место и адреса на постојано живеење Место Општина Улица и број	Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира
8.	Вид на здравствена заштита	Се заокружува една од дадените опции (актуелна во моментот)

Подготвила: прим.др.Марика Каранфилова

9.	Регистарски број (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 10 шифрарски места
Без бр.	Шифра на дејност (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 6 шифрарски места.
10	Дијагноза а) клиничка б) лабораториски наод	Описно и се шифрира со шифра по МКБ-10 со 4 шифрарски места Се заокружува една од понудените опции
11.	Причина односно вид на заболувањето што довело до бубрежна инсуфициенција	Описно и шифра по МКБ10- со 4 шифрарски места.
12.	Вид на бубрежна инсуфициенција	Се заокружува една од понудените опции
13	Дата на првото утврдување на дијагнозата Ден _____ месец _____ година _____	Се шифрира со 6 шифрарски места
14	Дата на пријавувањето на дијагнозата Ден _____ месец _____ година _____	Се шифрира со 6 шифрарски места
15	Вид на лекување: а) б)	Се заокружува една од наведените опциите Се заокружува една од наведените опциите
16	Користена дијагноза	Се заокружува една од наведените опции " да " "не"
17	Исход на лекувањето	Се заокружува една од наведените опциите
Без. бр	Дата	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без. бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето

**КОДЕКС ЗА ШИФРИРАЊЕ НА
 ИНДИВИДУАЛНИОТ ИЗВЕТАЈ (ПРИЈАВА) ЗА ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛУВАЊЕ**

Образец МЗС-07

Ред.б рој	Прашање	Упатство
Без. бр	Здравствена организација	Полно име, и матичен број на здр. установа се шифрира со 7 шифрарски места
Без. бр	Организациона единица	назив и реден број се шифрира со 3 шифрарски места
Без. бр	Место	Каде се наоѓа здравствената установа назив, матичен бр.-2 на населеното место шифриран со 6 шифрарски места
Без. бр	Општина	Назив, матичен бр.-3 на општината шифриран со 4 шифрарски места
1.	Име и презиме	Не се шифрира
	- единствен матичен број од л.к.	Се шифрира со 13 шифрарски места
2.	Пол	Се заокружува една од понудените опции
3.	Ден, месец и година на раѓање	Се запшува ден, месец и година на раѓање, се шифрира со 6 шифрарски места
4	Брачна состојба	Се заокружува една од наведените опции
5.	Занимање	Описно, се шифрира со 4 шифрарски места спрема единствена стандардна класификација на занимања
6.	Место и адреса на постојано живеење Место Општина Улица и број	Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира Описно-не се шифрира
7.	Вид на здравствена заштита	Се заокружува една од дадените опции (актуелна во моментот)
8.	Регистарски број (од здрав. легитимација) Шифра на дејност (од здрав. легитимација)	Се шифрира со 10 шифрарски места Се шифрира со 6 шифрарски места

Подготвила: прим.др.Марика Каранфилова

9.	Назив на самоуправна интересна заедница односно на друг вид обврзник кој ги поднесува трошоците за дадената здравствена заштита	Се шифрира со 4 шифрарски места.
10	Дијагноза (заснована врз комплетни лабораториски и други наоди	Описно и се шифрира со шифра по МКБ-10 со 4 шифрарски места
11.	Дата на првото утврдување на заболувањето Ден _____ месец _____ година _____	Се шифрира со 6 шифрарски места
12.	Дата на пријавувањето на дијагнозата Ден _____ месец _____ година _____	Се шифрира со 6 шифрарски места
13	Вид на штетноста што довела до професионално заболување	описни
14	Вид на лекување: а) б)	Се заокружува една од наведените опциите Се заокружува една од наведените опциите
15	Време на попреченост за работа за време на лекувањето _____	Изразено во денари
16	Рехабилитација:	Се заокружува една од понудените опции
17	Исход на лекувањето	Се заокружува една од наведените опциите
Без. бр	Дата	Се запишува денот кога е пополнета пријавата
Без. бр	Важно	Задолжително е ставање на тркалезниот печат и потпис и факсимил на лекарот кој го врши пријавувањето