

**FORMOS NR. 025/A-LK „ASMENS AMBULATORINIO GYDYMO STATISTINĖ KORTELĖ“
PILDYMO,
PATEIKIMO IR TIKSLINIMO TAISYKLĖS**

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Formos Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“ pildymo, pateikimo ir tikslinimo taisyklės (toliau – Taisyklės) nustato formos Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“ (toliau – kortelė) pildymo, pateikimo teritorinei ligonių kasai (toliau – TLK) ir tikslinimo tvarką.

2. Taisyklės parengtos vadovaujantis 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamentu (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje (OL 2004 m. *specialusis leidimas*, 5 skyrius, 1 tomas, p. 35), 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo (OL 2004 m. *specialusis leidimas*, 5 skyrius, 5 tomas, p. 72) (toliau – Reglamentas (EB) Nr. 883/2004), Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (Žin., 1996, Nr. [66-1572](#); 1998, Nr. [109-2995](#)) 10 ir 16 straipsniais, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)) 9 straipsniu ir kitais teisės aktais.

3. Kortelė pildoma asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ), teikiančiose pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (įskaitant pirminės ambulatorinės odontologinės ir psichikos sveikatos priežiūros) paslaugas bei specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ambulatorinės reabilitacijos, ambulatorines brangiųjų tyrimų ir procedūrų, dienos stacionaro, priėmimo-skubiosios pagalbos ir stebėjimo paslaugas. Kortelė nepildoma greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugas teikiančiose ASPĮ, išskyrus tuos atvejus, kai teikiama transportavimo paslauga dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo bei laikotarpio po gimdymo patologijos. Už kortelės duomenų teisingumą atsako ją pildanti ASPĮ.

4. Kortelę pildo gydytojai ir asmenys, atsakingi už ekonominių duomenų pateikimą. Kortelę gali pildyti ir kiti specialistai, teisės aktų nustatyta tvarka turintys teisę savarankiškai teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

5. Kortelė pradedama pildyti, kai registruojamas pirmasis paciento apsilankymas pas specialistą dėl konkrečios priežasties.

6. Kortelė baigiama pildyti, kai:

6.1. registruojamas paskutinis paciento apsilankymas dėl tos pačios priežasties (po kurio nė vienas specialistas nebenumato kito apsilankymo);

6.2. pacientas atsisako toliau gydytis;

6.3. pacientas neatvyksta dėl nežinomų priežasčių;

6.4. pacientas miršta;

6.5. paciento apsilankymas numatomas ne anksčiau kaip po 30 dienų;

6.6. praeina 30 dienų nuo kortelės pildymo pradžios – jei pacientas toliau ambulatoriškai gydomas, pradedama pildyti kita kortelė.

7. ASPĮ užpildytą kortelę pateikia tai TLK, kurios veiklos zonoje yra:

7.1. pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – PAASPI), prie kurios pacientas buvo prisirašęs pradedant pildyti kortelę;

7.2. paslaugą suteikusi ASPĮ – jei pacientas neidentifikuotas ar neprisirašęs prie PAASPI;

7.3. PAASPI, prie kurios yra prisirašiusi kūdikio motina, – jei asmens sveikatos priežiūros paslauga suteikiama Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registre (toliau – Draudžiamųjų registras) neregistruotam naujagimiui.

8. Kortelių duomenys pateikiami TLK elektroniniu būdu – šie duomenys įvedami į privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą „Sveidra“ (toliau – informacinė sistema „Sveidra“). ASPĮ kortelių duomenis gali kaupti pildydama popierinę kortelės formą ir (arba) šiuos duomenis įvesdama į ASPĮ informacinę sistemą.

9. Kortelėje nurodyti duomenys priskiriami tam ataskaitiniam laikotarpiui (ataskaitinis laikotarpis – kalendorinis mėnuo), kurį baigiama pildyti kortelė, nepaisant to, kad į ją yra įrašyti ir ankstesnio ataskaitinio laikotarpio (ankstesnio kalendorinio mėnesio) paciento apsilankymai. Kortelė pateikiama TLK ne vėliau kaip iki kito mėnesio 10 dienos.

10. TLK patikrina ir patvirtina ASPĮ pateiktas korteles.

II. KORTELĖS STRUKTŪRA

11. Kortelė apima statistinius ir ekonominius duomenis, būtinus statistinei analizei atlikti, asmens sveikatos priežiūros paslaugos kainai apskaičiuoti ir ataskaitoms sudaryti. Kortelę sudaro 5 dalys:

11.1. I dalis „Bendroji dalis“;

11.2. II dalis „Galutinės (patikslintos) diagnozės“;

11.3. III dalis „Apsilankymai“;

11.4. IV dalis „Baigiamoji dalis“;

11.5. V dalis „Gydytojų įrašai“.

12. Viena ar kelios kortelės dalys pildomos tam tikros formos lape. III dalis „Apsilankymai“ gali būti trijų skirtingų formų (A, B, C). Į informacinę sistemą „Sveidra“ visos ASPĮ pateikia tik A formos III dalies „Apsilankymai“ duomenis.

13. ASPĮ savo reikmėms gali pildyti ir kitokios formos (B ar C) III dalį „Apsilankymai“. B ir C formų III dalis „Apsilankymai“ apima ir papildomus (pridėtinius) lapus, kuriuose pateikiamos atskiros duomenų apie apsilankymus (duomenų apie intervencijas, centralizuotai perkamus vaistus ir medicinos pagalbos priemones), paciento priemokas bei mokamas paslaugas) lentelės. Visų formų III dalyje „Apsilankymai“ tos pačios skiltys ir langeliai žymimi tais pačiais numeriais.

14. ASPĮ turi užtikrinti, kad jos naudojamos formos kortelėje būtų visos kortelės paskirtį atitinkančios ir atitinkamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms nurodyti būtinos dalys, skyriai, skiltys, eilutės ir langeliai, nustatyti Taisyklėse, kad dalių, skyrių, skilčių, eilučių ir langelių numeriai būtų tokie patys kaip standartinės formos kortelėje, kad atitinkami skyriai, skiltys ir langeliai būtų priskirti Taisyklėse nurodytoms kortelės dalims.

15. ASPĮ pagal savo poreikius gali kortelėje numatyti papildomus duomenų langelius (ar skiltis) arba panaikinti tam tikrus langelius (ar skiltis), jei Taisyklėse nustatyta, kad atitinkamos paskirties kortelėje jie nepildomi. II ir III dalių lentelėse (apsilankymų, intervencijų, mokamų paslaugų ir paciento priemokų, centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, diagnozių) eilučių skaičius gali būti kitoks nei standartinės formos kortelėje. Papildomi duomenys, kuriuos ASPĮ pagal savo poreikius įtraukia į kortelę, informacinei sistemai „Sveidra“ neteikiami.

16. Jei pildant III dalį „Apsilankymai“ pritrūksta vietos, gali būti pildomas tos pačios formos naujas lapas (jame nurodomas kortelės numeris ir susijusio dokumento numeris).

17. V dalies „Gydytojų įrašai“ duomenys informacinei sistemai „Sveidra“ neteikiami.

III. KORTELĖS PILDYMO TAISYKLĖS

18. **I dalies „Bendroji dalis“** 1 A ir 1 B langeliai, 2 langelis „Paskirtis“, 3 langelis „Kortelės Nr.“, 4 langelis „Susijusio dokumento Nr.“, 5 A langelis „Pirminė“ ir skyrius „Bendrieji asmens duomenys“ pildomi registruojant pacientą asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti. Skyrius „Bendrieji asmens

duomenys“ pildomas remiantis paciento pateikta informacija ir dokumentais (šiuos duomenis gali koreguoti pacientui asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis specialistas).

19. **1 A ir 1 B langelių** grupės „ASPI“ **1 A langelyje** turi būti įrašomas ASPI arba jos padalinio, teikiančio asmens sveikatos priežiūros paslauga, kodas pagal Juridinių asmenų registrą, **1 B langelyje** turi būti įrašomas šios ASPI arba jos padalinio, teikiančio paslauga, pavadinimas pagal Juridinių asmenų registrą.

20. **2 langelyje** „Paskirtis“ nurodomas skaičius, žymintis atitinkamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pagal šį sąrašą:

20.1. „1“ – pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (įskaitant pirminės ambulatorinės odontologinės ir psichikos sveikatos priežiūros) paslaugos, specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos bei brangieji tyrimai ir procedūros (skaitmeniu „1“ žymima bendrosios paskirties kortelė);

20.2. „2“ – psichikos sveikatos priežiūros paslaugos;

20.3. „3“ – priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus paslaugos;

20.4. „4“ – dienos stacionaro paslaugos;

20.5. „5“ – odontologijos paslaugos;

20.6. „6“ – III etapo ambulatorinės reabilitacijos paslaugos;

20.7. „7“ – kitų grupių paslaugos.

21. ASPI gali vienu metu pradėti pildyti kelias to paties paciento korteles, **2 langelyje** „Paskirtis“ nurodydama skaitmenį „1“ arba „7“, jei ASPI nustatyta tvarka tam tikros paslaugos turi būti registruojamos atskiroje kortelėje. ASPI nustatyta tvarka bendrosios paskirties kortelėje gali būti nurodomos ne tik paslaugos, išvardytos Taisyklių 20.1 punkte, bet ir paslaugos, atitinkančios skaitmenimis „2“, „4“ ir „5“ žymimą kortelės paskirtį.

22. Jei **2 langelyje** „Paskirtis“ nurodomi skaitmenys „3“ arba „6“, toje pačioje ASPI tuo pačiu metu gali būti pildoma tik viena to paties paciento šiuos skaitmenis atitinkančios paskirties kortelė.

23. **3 langelyje** „Kortelės Nr.“ nurodomas kortelės numeris. Kortelei numeris suteikiamas centralizuotai jos užregistravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu. Kortelės numerio 4 skaitmenys atitinka metus, kuriais pacientui suteikiama paslauga, 7 skaitmenys atitinka informacinės sistemos „Sveidra“ centralizuotai ASPI suteikiamą nuoseklų kortelės numerį, dar 2 skaitmenys rašomi, jei kortelė tikslinama arba anuluojama. Jei kortelė tikslinama pirmą kartą, rašomi skaitmenys 01, jei kortelė tikslinama antrą kartą – 02 ir t. t. Jei kortelė anuluojama, rašomi skaitmenys 99.

24. **4 langelyje** „Susijusio dokumento Nr.“ nurodomas ambulatorinės asmens sveikatos istorijos numeris arba kito, susijusio su paciento gydymu, dokumento numeris. Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose, kai **2 langelyje** „Paskirtis“ nurodomas skaitmuo „3“, **4 langelis** nepildomas arba įrašomas ASPI suteiktas kortelės numeris.

25. **5 A langelis** „Pirminė“ turi būti žymimas () pirmą kartą pildant paciento kortelę.

26. **5 B langelis** „Tikslinamoji“ žymimas () tikslinant pirminę kortelę.

27. **5 C langelis** „Anuliuojamoji“ žymimas () anuliuojant pirminę kortelę.

28. **6 langelis** „Tikslinamos pirminės kortelės Nr.“ pildomas tikslinant arba anuliuojant kortelę – įrašomas pirminės kortelės numeris.

29. **I dalies „Bendroji dalis“ skyrius „Bendrieji asmens duomenys“** pildomas taip:

29.1. **7 langelyje** „Asm. kodas“ rašomas paciento asmens kodas pagal asmens tapatybę patvirtinanti dokumentą. Išimtis, kai šis langelis nepildomas, priskiriama:

29.1.1. kūdikis iki 3 mėnesių, neturintis asmens identifikavimo dokumentų;

29.1.2. užsienietis, kuriam nesuteiktas asmens kodas Lietuvos Respublikos gyventojų registre (toliau – Gyventojų registras);

29.1.3. neidentifikuotas asmuo – langelis gali būti nepildomas tik tuomet, kai **2 langelyje** „Paskirtis“ įrašomas skaitmuo „3“;

30. **8 langelyje** „Motinos asm. kodas“ rašomas kūdikio motinos asmens kodas. Pildoma tik tuo atveju, jeigu kūdikis yra iki 3 mėnesių ir neturi asmens identifikavimo dokumentų.

31. **9 langelyje** „DIK“ įrašomas draudžiamąjo identifikavimo kodas pagal Draudžiamųjų registrą.

32. **10 langelis** „Vardas“ ir **11 langelis** „Pavardė“ pildomi pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų duomenis ir turi sutapti su Draudžiamųjų registro duomenimis. Išimtims priskiriamas:

32.1. kūdikis iki 3 mėnesių, neturintis asmens identifikavimo dokumentų. Šiuo atveju 8 langelyje „Motinos asm. kodas“ nurodomas įgaliotojo asmens (motinos) kodas;

32.2. užsienietis, kuriam nesuteiktas asmens kodas Gyventojų registre ir kuris neįregistruotas Draudžiamųjų registre;

32.3. neidentifikuotas asmuo – langelis nepildomas arba įrašomas asmens nurodytas vardas ir pavardė arba jį lydinčių asmenų nurodytas asmens vardas ir pavardė.

33. **12 langelis** „Nuolatinis LR gyventojas“ žymimas (☐), jei pacientas yra nuolatinis Lietuvos Respublikos gyventojas pagal Draudžiamųjų registrą. Požymis nustatomas ir užpildomas automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu.

34. **13 langelyje** „Gimimo data“ pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų duomenis įrašomi paciento gimimo metai, mėnuo ir diena. Šiame langelyje įrašyta gimimo data turi sutapti su Draudžiamųjų registre nurodyta gimimo data. Neregistruotų naujagimių gimimo data įrašoma pagal medicinos dokumentuose nurodytą gimimo datą. Neidentifikuoto asmens gimimo data nenurodoma arba įrašoma jo paties nurodyta gimimo data arba lydinčiųjų asmenų nurodyta jo gimimo data.

35. **14 langelyje** „Lytis“ nurodoma paciento lytis pagal Draudžiamųjų registro duomenis. Šio langelio duomenis prireikus galima koreguoti, įrašant vieną iš keturių skaitmenų: 1 – vyriškoji, 2 – moteriškoji, 3 – hermafroditas arba neaiškios lyties, 9 – nežinoma. Langelis pildomas pagal asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų arba medicinos dokumentų duomenis.

36. **15 A ir 15 B langelių** grupėje „Amžius“ pildomas vienas iš dviejų – 15 A arba 15 B – langelis (jeigu pildoma įtraukto į Draudžiamųjų registrą asmens kortelė, 15 A langelis „metai“ ir 15 B langelis „dienos“ duomenys apskaičiuojami ir užpildomi automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu):

36.1. **15 A langelyje** „metai“ įrašomas paciento amžius metais (nuo 1 iki 124 metų);

36.2. **15 B langelyje** „dienos“ įrašomas paciento amžius dienomis (nuo 1 iki 364/5 dienų). Amžius dienomis rašomas tik tuomet, jei pacientas yra jaunesnis nei vienerių metų. Amžius metais ir (arba) dienomis apskaičiuojamas iš kortelės pildymo pradžios datos atimant gimimo datą. Naujagimių, kurių gimimo data sutampa su kortelės pildymo pradžios data, amžius lygus 1 dienai. Pacientų, kurie neturi asmens tapatybę patvirtinančių dokumentų, gimimo data gali būti nenurodoma, tačiau amžius dienomis arba metais turi būti įrašomas.

37. **16 langelyje** „Tel.“ įrašomas paciento nurodytas telefono numeris.

38. **17 A, 17 B, 17 C, 17 D ir 17 E langelių** grupė „Adresas“ skirta paciento gyvenamosios vietos adresui nurodyti:

38.1. **17 A langelyje** „valstybė“ nurodoma valstybė, kurioje pacientas gyvena;

38.2. **17 B langelis** „kaimas“ žymimas (☐), jei pacientas gyvena kaime;

38.3. **17 C langelis** „miestas“ žymimas (☐), jei pacientas gyvena mieste;

38.4. **17 D langelyje** „savivaldybė“ įrašomas savivaldybės kodas;

38.5. **17 E langelyje** nurodoma gatvė, namo numeris, buto numeris, kaimo, miesto arba rajono pavadinimas. Jei pildoma užsieniečio, neregistruoto Draudžiamųjų registre, kortelė, nurodoma gyvenamosios vietos valstybė. Jei Draudžiamųjų registre nurodyta gyvenamoji vieta nesutampa su paciento nurodyta gyvenamąja vieta, adreso duomenys koreguojami, nurodant faktinį gyvenamosios vietos adresą.

39. **18 A ir 18 B langelių** grupė „PAASPI“ skirta PAASPI, prie kurios pacientas yra prisirašęs, arba jos padalinio, jei pacientas prie jo prisirašęs, duomenims nurodyti (**18 A ir B langeliai** užpildomi automatiškai

kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu. Draudžiamųjų registre neregistruoto naujagimio kortelėje nurodoma PAASPI, prie kurios yra prisirašiusi naujagimio motina):

39.1. **18 A langelyje** įrašomas PAASPI arba jos padalinio kodas pagal Juridinių asmenų registrą;

39.2. **18 B langelyje** nurodomas PAASPI arba jos padalinio pavadinimas.

40. **19 A, 19 B, 19 C, 19 D, 19 E ir 19 F langelių** grupėje „Draustumas“:

40.1. pažymimas () vienas iš trijų langelių: **19 A langelis** „apdraustas PSD“, **19 B langelis** „apdraustas ES, EEE šalyje ar Šveicarijoje“ arba **19 C langelis** „kita“. 19 A langelis „apdraustas PSD“ ir 19 C langelis „kita“ užpildomi automatiškai pagal Draudžiamųjų registro duomenis kortelės pildymo pradžios dieną (data, kai kortelė pradeda pildyti, nurodoma 20 langelyje). 19 A langelio ar 19 C langelio duomenys gali nesutapti su III dalies „Apsilankymai“ lentelių 42 skilties „Iš PSDF“ duomenimis, nes ši skiltis pildoma automatiškai pagal Draudžiamųjų registro duomenis apsilankymo registravimo dieną, nurodytą III dalies „Apsilankymai“ 32 skiltyje „Apsilankymo data“. Duomenys apie Lietuvos Respublikos gyventojų privalomąjį sveikatos draudimą turi atitikti Draudžiamųjų registro duomenis, o duomenys apie užsieniečių, apdraustų ES, EEE šalyje ar Šveicarijoje, draudimą – šių asmenų pateiktų dokumentų, patvirtinančių draudimą, duomenis kortelės pildymo pradžios dieną;

40.2. **19 D langelyje** „apdraudusioji valstybė“ įrašoma valstybė, kurioje pacientas yra apdraustas. 19 D langelis pildomas tuo atveju, jei pažymimas 19 B langelis „apdraustas ES, EEE šalyje ar Šveicarijoje“;

40.3. **19 E langelyje** „draudimo dokumentas“ įrašomas skaičius, žymintis draudimą ir teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas patvirtinantį dokumentą pagal šį sąrašą: 1 – Europos sveikatos draudimo kortelė; 2 – sertifikatas, laikinai pakeičiantis Europos sveikatos draudimo kortelę; 3 – E 112 formos pažyma; 4 – E 123 formos pažyma; 5 – S2 formos dokumentas; 6 – DA1 formos dokumentas; 9 – kitas dokumentas. Skaitmenimis „1“ ir „2“ žymimi dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 19 (1) straipsnyje numatytą medicinos pagalbą, jei ji būtina dėl asmens sveikatos būklės lankymosi Lietuvoje metu, atsižvelgiant į numatomą buvimo Lietuvoje trukmę. Skaitmenimis „3“ ir „5“ žymimi dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 20 (2) straipsnyje nurodytą planinę medicinos pagalbą. Skaitmenimis „4“ ir „6“ žymimi dokumentai patvirtina asmens teisę gauti Reglamento (EB) Nr. 883/2004 19 (1) straipsnyje nurodytą būtinąją medicinos pagalbą dėl nelaimingo atsitikimo darbe ar profesinės ligos. 19 E langelis pildomas tuo atveju, jei pažymimas 19 B langelis „apdraustas ES, EEE šalyje ar Šveicarijoje“;

40.4. **19 F langelyje** „galioja iki“ įrašoma draudimą ir teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas patvirtinančio dokumento galiojimo data. 19 F langelis pildomas tuo atveju, jei pažymimas 19 B langelis „apdraustas ES, EEE šalyje ar Šveicarijoje“.

41. **I dalies „Bendroji dalis“ skyrius „Bendrieji apsilankymų duomenys“** pildomas taip:

41.1. **20 langelyje** „Pradėta pildyti (data, laikas)“ nurodoma data, kai kortelė buvo pradėta pildyti – metai, mėnuo, diena, laikas (laikas nurodomas tik pradėdant teikti priėmimo-skubiosios pagalbos ir stebėjimo paslaugas);

41.2. **21 A ir 21 B langelių** grupėje „Būtinoji medicinos pagalba“ žymimas () vienas iš langelių: **21 A langelis** „taip“, jei pacientas atvyksta dėl būtiniosios medicinos pagalbos, **21 B langelis** „ne“, jei pacientas atvyksta ne dėl būtiniosios medicinos pagalbos;

41.3. **22 A, 22 B, 22 C, 22 D, 22 E, 22 F, 22 G ir 22 H langelių** grupė „Atvyko“ pildoma taip:

41.3.1. **22 A langelis** „taip“ žymimas () , jei pacientas atvyksta pagal siuntimą, išduotą ASPI arba jos padalinio. Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė (forma Nr. 113/a) prilyginama siuntimui,

41.3.2. **22 B langelis** „ne“ žymimas () , jei pacientas atvyksta neturėdamas ASPI arba jos padalinio išduoto siuntimo,

41.3.3. **22 C langelis** „taip“ žymimas () , jei pacientas yra atvežtas GMP brigados,

41.3.4. **22 D langelis** „ne“ žymimas () , jei pacientas nėra atvežtas GMP brigados,

41.3.5. **22 E langelyje** „Siunčiančioji ASPĮ“ rašomas siunčiančiosios ASPĮ arba jos padalinio kodas pagal Juridinių asmenų registrą,

41.3.6. **22 F langelyje** rašomas siunčiančiosios ASPĮ arba jos padalinio pavadinimas,

41.3.7. **22 G langelyje** „Siuntimo priežastis (TLK-10-AM)“ nurodomas ligos kodas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“, Australijos modifikaciją (toliau – TLK-10-AM), remiantis siuntimo duomenimis. Jei pacientą be siuntimo atgabena GMP brigada, 22 G langelis užpildomas pagal GMP paciento siuntimo formos Nr. 114/a duomenis,

41.3.8. **22 H langelyje** nurodoma siuntimo priežastis pagal TLK-10-AM. Jei pacientą be siuntimo atgabena GMP brigada, 22 H langelis užpildomas pagal GMP paciento siuntimo formos Nr. 114/a duomenis,

41.3.9. 22 A–22 G langeliai privalo būti pildomi, jei pacientas atvyksta iš kitos ASPĮ;

41.4. **23 A ir 23 B langelių** grupėje „Mokėtina iš PSDF“ **23 A langelis** „taip“ arba **23 B langelis** „ne“ užpildomas automatiškai kortelės pildymo pradžios dieną (data, kai kortelė pradeda pildyti, nurodoma 20 langelyje). 23 A ar 23 B langelių duomenys gali nesutapti su III dalies „Apsilankymai“ 42 skilties „Iš PSDF“ duomenimis, nes ši skiltis pildoma automatiškai pagal Draudžiamųjų registro duomenis apsilankymo registravimo dieną, nurodytą III dalies „Apsilankymai“ 32 skiltyje „Apsilankymo data“.

42. **II dalis „Galutinės (patikslintos) diagnozės“** pildoma visais atvejais, išskyrus tų kortelių, kurių 2 langelyje „Paskirtis“ nurodomas skaitmuo „6“:

42.1. **24 skiltyje** „Data“ nurodoma diagnozės įrašymo į kortelę data;

42.2. **25 skiltyje** „Kodas pagal TLK-10-AM“ nurodomas galutinės diagnozės kodas pagal TLK-10-AM;

42.3. **26 skiltyje** „Pavadinimas pagal TLK-10-AM“ nurodomas galutinės diagnozės pavadinimas pagal TLK-10-AM;

42.4. **27 skiltyje** „+/-/0“ rašomas ženklas „+“, kai nustatoma ūminė arba lėtinė liga (jei lėtinė liga diagnozuojama pirmą kartą gyvenime), ženklas „-“ rašomas, kai einamaisiais metais pirmą kartą nustatoma lėtinė liga, diagnozuota anksčiau, skaitmuo „0“ rašomas, kai einamaisiais metais pakartotinai diagnozuojama lėtinė liga;

42.5. **28 skiltyje** „Traumos priežastis“ traumos atveju nurodoma traumos priežastis, įrašant atitinkamą skaitmenį pagal šį sąrašą: 1 – transporto įvykis, 2 – trauma, siejama su darbu, 3 – trauma viešojoje vietoje (išskyrus transporto įvykius), 4 – trauma buityje, 5 – trauma sporto renginiuose (išskyrus renginius ugdymo ir mokymo įstaigoje), 6 – trauma ugdymo ir mokymo įstaigoje, 7 – tyčinis susižalojimas, 8 – pasikėsinimas, 9 – kitos ir nepatikslintos traumos;

42.6. priėmimo-skubiosios pagalbos skyriai, registruodami traumas, pildo ne tik 28 skiltį „Traumos priežastis“, bet ir nurodo traumos priežasties kodą bei jos pavadinimą pagal TLK-10-AM, užpildydami 25 skiltį „Kodas pagal TLK-10-AM“ ir 26 skiltį „Pavadinimas pagal TLK-10-AM“;

42.7. traumos priežastis nurodoma tik pirmą kartą registruojant traumą (žymimą ženklu „+“). Registruojant liekamuosius reiškinius po traumos, jos priežastis nenurodoma;

42.8. vienoje kortelėje gali būti registruojama keletas patikslintų diagnozių. Galutinė diagnozė gali būti „sveikas“, jei pacientą tiriant ar tikrinant profilaktiškai nėra vienas specialistas jokios ligos nenustato (tokiu atveju reikia nurodyti atitinkamą TLK-10-AM kodą). Jei kortelėje nėra įrašyta nė vienos aiškios patikslintos diagnozės, įrašoma nepatikslinta, neaiški diagnozė, žymima skaitmeniu „0“. Ligas ir traumas nurodo gydantysis specialistas arba specialistas, patikslinęs (galutinai patvirtinęs) diagnozę.

43. Kortelės **III dalyje „Apsilankymai“** nurodomos visos suteiktos paslaugos. Ši dalis pildoma taip:

43.1. **29 langelyje** „Kortelės Nr.“ nurodomas tas pats kortelės numeris kaip ir 3 langelyje „Kortelės Nr.“. 29 langelis užpildomas automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu;

43.2. **30 langelyje** „Susijusio dokumento Nr.“ nurodomas to paties dokumento, kaip ir 4 langelyje „Susijusio dokumento Nr.“, numeris. 30 langelis užpildomas automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu;

43.3. **31 skiltyje** „Eil. Nr.“ nurodomas kortelėje registruojamos paslaugos eilės numeris;

43.4. **32 skiltyje** „Apsilankymo data“ nurodoma paslaugos suteikimo data;

43.5. **33 skiltyje** „Siunt. (+/-)“ rašomas ženklas „+“, jeigu paslauga teikiama pagal siuntimą. Jei siuntimas nepateikiamas, rašomas ženklas „-“. Specialisto, teikiančio asmens sveikatos priežiūros paslaugą, įrašas medicinos dokumentuose apie kitą paciento apsilankymą ir numatomą jo laiką prilyginamas siuntimui. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys specialistai šios skilties nepildo;

43.6. **34 skiltyje** „Specialistas (v., p., spaudu Nr.)“ nurodomi paslaugą suteikusių specialisto duomenys (vardas, pavardė, spaudu numeris);

43.7. **35 skiltyje** „Paslaugos kodas“ nurodomas pacientui suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos kodas pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatorių, patvirtintą Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus 2005 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. 1K-81 (Žin., 2005, Nr. [89-3363](#));

43.8. **36 skiltis** – pirmoji skilties „Paslaugos tipas“ dalis – pildoma pažymint atitinkamą skaitmenį pagal šį sąrašą:

43.8.1. „1“ – paslaugą teikia pirminės sveikatos priežiūros specialistas,

43.8.2. „2“ – pirmasis, ketvirtasis, septintasis ir t. t. apsilankymas dėl tos pačios priežasties pas specialistą konsultantą (konsultacija),

43.8.3. „3“ – antrasis, trečiasis, penktasis, šeštasis, aštuntasis, devintasis ir t. t. apsilankymas dėl tos pačios priežasties pas tos pačios srities specialistą konsultantą,

43.8.4. „5“ – mokamas apsilankymas (sumoka pats pacientas arba kita įstaiga). Šis skaičius žymimas visais atvejais, kai sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos neapmokamos PSDF biudžeto lėšomis. Jei galiojančiais teisės aktais yra ribojamas iš PSDF biudžeto finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų kiekis, registruojant šį kiekį viršijusias paslaugas taip pat žymimas skaitmuo „5“,

43.8.5. ambulatorinio gydymo ar tyrimo epizodas (toliau – epizodas) yra paciento lankymasis ambulatorinėje gydymo įstaigoje pas specialistą (-us) dėl konkrečios priežasties (priežasčių). Kiekvienas ūmios ligos ar lėtinės ligos paūmėjimo atvejis laikomas nauju epizodu, jei prieš tai buvęs šios ligos epizodas yra pasibaigęs, t. y. nebuvo tęsiamas gydymas ar ilgalaikis stebėjimas. Kiekvieno epizodo konsultacijos skaičiuojamos iš naujo, t. y. mokama už pirmą, ketvirtą, septintą ir t. t. apsilankymus, nepaisant to, kiek apsilankymų buvo ankstesnio epizodo metu;

43.9. **37 skiltis** – antroji skilties „Paslaugos tipas“ dalis – pildoma pažymint reikiamą raidę ar raides pagal šį sąrašą:

43.9.1. „L“ – apsilankymas dėl ligos, kai pacientas skundžiasi sveikata, nors liga ir nenustatoma,

43.9.2. „B“ – būtinoji medicinos pagalba pagal sveikatos apsaugos ministro įsakymus ir kitus norminius dokumentus,

43.9.3. „D“ – pacientas dėl šios ligos yra dispanserizuotas pas šį specialistą,

43.9.4. „N“ – vizitas į namus,

43.9.5. „Pr.“ – profilaktinis tikrinimas,

43.9.6. „M“ – priėmimas kitoje ASPĮ (pvz., medicinos punkte). Taikoma tik pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantiems specialistams,

43.9.7. „A“ – nelaimingas atsitikimas darbe. Ši raidė žymima, jei paslaugos teikimo priežastis yra nelaimingas atsitikimas darbe, kaip tai apibrėžiama Lietuvos Respublikos nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo įstatyme (Žin., 1999, Nr. [110-3207](#); 2003, Nr. [114-5114](#)),

43.9.8. vienu metu gali būti žymimos raidės „D“ ir „Pr.“, jei dispanserizuotas pacientas atvyksta pasitikrinti, bet nusiskundimų neturi. Vienu metu gali būti žymimos raidės „Pr.“ ir „L“, jei pacientas atvyksta dėl profilaktinio patikrinimo ir jo metu diagnozuojama liga. Negali būti žymima raidė „B“, kartu nepažymint raidės „L“. Specialistai, išvardyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d.

įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. [57-1611](#)) 3 priedo 3.12 punkte, 37 skilties nepildo. Kortelės, kurios 2 langelyje „Paskirtis“ nurodomas skaitmuo „3“ arba „4“, 37 skiltyje negali būti žymimos raidės „Pr.“, „N“ arba „M“. Kortelės, kurios 2 langelyje „Paskirtis“ nurodomas skaitmuo „6“, 37 skiltyje negali būti žymimos raidės „Pr.“ arba „M“;

43.10. **38 skiltyje** „kodas pagal TLK-10-AM“ nurodomas apsilankymo priežasties kodas pagal TLK-10-AM;

43.11. **39 skiltis** „Tikslinama paslauga“ pildoma tuo atveju, kai antrojo ar trečiojo apsilankymo dėl tos pačios priežasties pas tos pačios srities specialistą metu suteikta paslauga (konsultacija) yra brangesnė už paslaugą (konsultaciją), suteiktą pirmojo apsilankymo dėl šios priežasties pas tos pačios srities specialistą metu. Šiuo atveju nurodomas pirmojo apsilankymo dėl šios priežasties pas specialistą konsultantą metu suteiktos paslaugos kodas. Jei brangiau kainuojanti specializuota ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros paslauga pacientui buvo suteikta ir per antrąjį, ir per trečiąjį apsilankymą, pildomas tik vieno iš tų apsilankymų eilutės 39 skilties langelis;

43.12. **40 skiltyje** „Rezultatas“ nurodomas apsilankymo rezultatas, įrašant atitinkamą skaitmenį pagal šį sąrašą:

43.12.1. „1“ – gydymas baigtas. Nurodoma pasibaigus gydymui (ūmioms ligoms ar lėtinių ligų paūmėjimams, jei pacientas nedispanserizuotas) ar ilgalaikiam paciento stebėjimui,

43.12.2. „2“ – gydymas tęsiamas. Nurodoma, kai tęsiamas nedispanserizuoto paciento gydymas,

43.12.3. „3“ – ilgalaikis stebėjimas tęsiamas. Nurodomas, kai tęsiamas dispanserinis (ilgalaikis) stebėjimas (gydymas),

43.12.4. „4“ – siuntimas konsultuoti. Nurodoma, kai pacientas siunčiamas konsultuoti toje pačioje ASPĮ arba jam skiriama pakartotinė konsultacija toje pačioje ASPĮ,

43.12.5. „5“ – siuntimas į kitą ASPĮ dėl ambulatorinio gydymo ar tyrimo. Nurodoma, kai pacientas siunčiamas į kitą ASPĮ dėl tolesnio ambulatorinio gydymo ar tyrimo,

43.12.6. „6“ – siuntimas į kitą ASPĮ dėl stacionarinio gydymo,

43.12.7. „7“ – hospitalizavimas tos pačios ASPĮ stacionare,

43.12.8. „8“ – siuntimas stacionarinės reabilitacijos paslaugoms gauti. Nurodoma, kai pacientui skiriamas reabilitacinis, sveikatos grąžinamasis ar antirecidyvinius gydymas,

43.12.9. „9“ – siuntimas ambulatorinės reabilitacijos paslaugoms gauti,

43.12.10. „10“ – kita. Nurodoma, kai pasibaigia paciento profilaktinio tikrinimo ar tyrimo epizodas ir kitais pirmiau neapibrėžtais atvejais,

43.12.11. „99“ – mirties liudijimo išrašymas;

43.13. **41 skiltyje** „Kaina (balais)“ nurodoma sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinta asmens sveikatos priežiūros paslaugos bazinė kaina balais, galiojanti apsilankymo dieną. Eilutėje, kurioje pildomi paslaugos duomenys, 41 skilties langelis paliekamas tuščias (arba įrašomas skaitmuo „0“), jei šioje eilutėje 36 skilties „Paslaugos tipas“ langelyje nurodomi skaitmenys „1“ arba „5“, išskyrus skatinamąsias, paliatyviosios pagalbos ir prevencines paslaugas. Taip pat 41 skiltis nepildoma (arba įrašomas skaitmuo „0“), jei nurodant specialisto konsultacijas 36 skiltyje „Paslaugos tipas“ įrašomas skaitmuo „3“, išskyrus Taisyklių 43.11 punkte nurodytus atvejus (tokiais atvejais 41 skiltyje rašomas 35 ir 39 skiltyse nurodytų paslaugų kainų skirtumas balais). 41 skiltis pildoma automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu;

43.14. **42 skiltis** „Iš PSDF“ pildoma automatiškai pagal Draudžiamųjų registro duomenis apsilankymo registravimo dieną;

43.15. **A lentelė** pildoma, jeigu suteikiant paslaugą pacientui yra atliekamos medicininės intervencijos. Šiuo atveju vadovaujamosi Medicininių intervencijų klasifikacija (angl. *The Australian Classification of Health Interventions*, toliau – ACHI):

43.15.1. jeigu pildoma B ar C formos III dalis „Apsilankymai, **31 A skiltyje** „Apsilankymo eilės Nr.“ nurodomo apsilankymo, kurio metu atliekamos medicininės intervencijos, eilės numeris turi sutapti su 31 skiltyje „Apsilankymo eil. Nr.“ nurodytu šio apsilankymo numeriu,

43.15.2. **43 skiltyje** „kodas pagal ACHI“ nurodomas medicininės intervencijos kodas pagal ACHI,

43.15.3. **44 skiltyje** „pavadinimas pagal ACHI“ rašomas medicininės intervencijos pavadinimas pagal ACHI,

43.15.4. **45 skiltyje** „Išlaid. kontr. (balais)“ nurodomos išlaidos balais (balas prilyginamas litui) kontrastui įsigyti, kuris buvo naudojamas atliekant medicininę intervenciją ar brangiuosius tyrimus,

43.15.5. **46 skiltyje** „Specialistas (v., p., spaudo Nr.)“ rašomas specialisto vardas, pavardė, spaudo numeris,

43.15.6. 43–46 skiltys pildomos teikiant dienos stacionaro paslaugas, atliekant brangiuosius tyrimus ir procedūras, teikiant paslaugas, kurių išlaidų apmokėjimui turi įtakos medicininių intervencijų atlikimas;

43.16. **F lentelėje** pateikiami duomenys apie paciento priemokas ar (ir) mokamas paslaugas:

43.16.1. jeigu pildoma B ar C formos III dalis „Apsilankymai“, **31 F skiltyje** „Apsilankymo eilės Nr.“ nurodomo apsilankymo, kurio metu pacientas primoka už medžiagas, vaistus, procedūras, tyrimus ar kita arba jam teikiamos mokamos paslaugos, eilės numeris turi sutapti su 31 skiltyje „Apsilankymo eil. Nr.“ nurodytu šio apsilankymo numeriu,

43.16.2. **47 skiltyje** „Finansavimo šaltinis“ nurodomas vienas iš šių finansavimo šaltinių:

43.16.2.1. „2“ – mokama privataus draudimo fondo lėšomis,

43.16.2.2. „3“ – mokama darbdavio lėšomis,

43.16.2.3. „4“ – mokama paciento lėšomis,

43.16.2.4. „5“ – mokama labdaros lėšomis,

43.16.2.5. „6“ – mokama savivaldybės lėšomis,

43.16.2.6. „7“ – mokama ASPĮ lėšomis,

43.16.2.7. „8“ – apmoka kita ASPĮ (nurodoma, jei paslauga teikiama kitos ASPĮ pacientui jo hospitalizavimo metu),

43.16.2.8. „9“ – kitos lėšos,

43.16.3. jei yra keli finansavimo šaltiniai, kiekvienas finansavimo šaltinis nurodomas atskiroje eilutėje,

43.16.4. **48–50 skiltyse** nurodoma paciento primokėta suma (-os) litais už jam gydyti skirtas medžiagas ir vaistus, ir (ar) procedūras bei tyrimus, ir (ar) buvimo ASPĮ sąlygas, ir (ar) kita,

43.16.5. **31 F skiltis** ir **47–53 skiltys** privalo būti pildomos, jei 36 skiltyje „Paslaugos tipas“ pažymimas skaitmuo „5“. Nurodoma paciento sumokėta suma (-os) litais už suteiktą paslaugą (-as) pagal Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ir kainas, patvirtintus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 (Žin. 1999, Nr. 67-2475), ir (ar) už planines paslaugas, gautas skubos tvarka, ir (ar) kita;

43.17. **V lentelėje** pateikiami duomenys apie pacientui skirtus centralizuotai perkamus protezus, vaistus ar medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP):

43.17.1. jeigu pildoma B ar C formos III dalis „Apsilankymai“, **31 V skiltyje** „Apsilankymo eilės Nr.“ nurodomo apsilankymo, kurio metu pacientui skiriami centralizuotai perkami vaistai ar MPP, eilės numeris turi sutapti su 31 skiltyje „Apsilankymo eil. Nr.“ nurodytu šio apsilankymo numeriu,

43.17.2. **54 skiltyje** „Vaisto arba MPP ID“ nurodomas pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP identifikavimo kodas pagal Centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių klasifikatorių, tvarkomą VLK,

43.17.3. **55 skiltyje** „CP straipsnis“ nurodomas centralizuoto pirkimo straipsnio kodas pagal Centralizuotų pirkimų straipsnių klasifikatorių, tvarkomą VLK,

43.17.4. **56 skiltyje** „Vaisto arba MPP pavadinimas“ rašomas pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP pavadinimas,

43.17.5. **57 skiltyje** „Matas“ rašoma pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP matas (pvz., „tab.“, „but.“ ir t.t.),

43.17.6. **58 skiltyje** „Kiekis“ nurodomas pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kiekis,

43.17.7. **59 skiltyje** „Kaina (litas)“ rašoma pacientui skirto centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kaina litais. Ši skiltis pildoma automatiškai kortelės registravimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ metu. Centralizuotai perkamo vaisto arba MPP kaina skaičiuojama pagal paciento apsilankymo dieną galiojančią kainą Centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių klasifikatoriuje.

44. **IV dalies „Baigiamoji dalis“** duomenys rašomi baigiant pildyti kortelę:

44.1. **60 langelyje** „Baigta pildyti (data, laikas)“ nurodoma kortelės baigimo pildyti data. Jei kortelė baigiama pildyti priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje, nurodomas ir baigimo ją pildyti laikas;

44.2. **61 langelyje** „Pateikta (data, laikas)“ rašoma kortelės duomenų pateikimo informacinei sistemai „Sveidra“ data ir laikas. Pildoma automatiškai duomenų pateikimo informacinei sistemai „Sveidra“ metu;

44.3. **62 langelyje** „Bendra suma (balais), mokama iš PSDF biudžeto“ nurodoma bendra suma, skiriama iš PSDF biudžeto įrašytų į kortelę asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti;

44.4. **63 langelyje** „Teritorinė ligonių kasa“ nurodoma TLK, kompensuojanti įrašytų į kortelę asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas;

44.5. **64 numeriu** pažymėtoje vietoje gydytojas arba kitas specialistas, baigiantis pildyti kortelę, nurodo savo vardą, pavardę ir pasirašo;

44.6. **65 numeriu** pažymėtoje vietoje asmuo, atsakingas už kortelės duomenų, įskaitant ekonominius duomenis, pildymą (įstaigos vadovo įgaliotas asmuo), nurodo savo vardą, pavardę ir pasirašo.

45. **V dalies „Gydytojų įrašai“** pildymas:

45.1. ši dalis pildoma traumatologijos punktuose ir priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose, kai pacientui teikiamos priėmimo skubiosios pagalbos ar stebėjimo paslaugos;

45.2. šioje dalyje pateikiama medicininė informacija apie paciento apžiūrą, atliktus tyrimus ir suteiktas konsultacijas. Priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių konsultacijų kabinetuose dirbantys II lygio gydytojai specialistai šios dalies nepildo – jie pildo ambulatorinę asmens sveikatos istoriją.

IV. YPATINGI KORTELĖS PILDYMO ATVEJAI

46. Jei nepasibaigus vienam ambulatorinio gydymo ar tyrimo epizodui (kurio metu pacientas lankėsi ambulatorinėje ASPI pas specialistą dėl konkrečios priežasties), pacientas atvyksta registruotis pas specialistą dėl kitos priežasties, paciento kortelėje registruojami ir tolesni apsilankymai (nauja kortelė nepildoma).

47. Jeigu pacientas atvyksta į ASPI iškart dėl kelių priežasčių (ligų) arba lankosi iškart pas kelis specialistus dėl skirtingų problemų, visi apsilankymai nurodomi toje pačioje kortelėje.

48. Jeigu pacientas pas tos pačios srities specialistą tą pačią dieną lankosi keletą kartų, nurodomas tik vienas apsilankymas.

49. Jeigu pacientas neatvyksta pas specialistą paskirtu laiku (numatytą dieną), kortelė baigiama pildyti praėjus 30 dienų nuo jos pradėjimo pildyti dienos. Pildyti baigia specialistas, pas kurį pacientas neatvyko paskirtu laiku.

50. Jeigu mirties liudijimą išrašo ambulatorinė ASPI, tai prilyginama apsilankymui ir pažymima kortelėje.

51. Jeigu pacientas lankomas namie ne pirmą kartą, t. y. kortelė jau yra pradėta pildyti, šie vizitai žymimi kortelėje ir aprašomi asmens sveikatos istorijoje. Jeigu pirmuoju specialisto vizitu į paciento namus pradedamas gydymo epizodas, t. y. kortelė dar nėra pradėta pildyti, specialistas, grįžęs į ASPI, aprašo vizitą asmens sveikatos istorijoje, o registratūroje pradedama pildyti nauja kortelė.

52. Kortelę pildo ir dienos stacionarai (priklausantys poliklinikoms ar ligoninių stacionarams). Dienos stacionaras pildo atskirą kortelę, 2 langelyje „Paskirtis“ nurodydamas skaitmenį „4“. Kiekvienas lovardienis žymimas kaip apsilankymas – atskiroje eilutėje, nurodant paslaugos kodą. Mokama už kiekvieną lovardienį (III dalies 36 skiltyje „Paslaugos tipas“ žymimas skaitmuo „2“).

53. Gydytojai radiologai kiekvieno apsilankymo metu pildo tiek apsilankymams registruoti skirtų eilučių, kiek tyrimų (nuotraukų) atlieka to apsilankymo metu. Nurodant pirmą, ketvirtą, septintą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, 36 skiltyje žymimas skaitmuo „2“, nurodant antrą, trečią, penktą, šeštą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, žymimas skaitmuo „3“.

54. Gydytojai endoskopuotojai ir echoskopuotojai pildo tiek apsilankymams registruoti skirtų eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Nurodant pirmą, ketvirtą, septintą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, 36 skiltyje žymimas skaitmuo „2“, nurodant antrą, trečią, penktą, šeštą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, žymimas skaitmuo „3“.

55. Gydytojai klinikiniai fiziologai pildo tiek apsilankymams registruoti skirtų eilučių, kiek skirtingų tyrimų atlieka to paties apsilankymo metu. Nurodant pirmą, ketvirtą, septintą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, 36 skiltyje žymimas skaitmuo „2“, nurodant antrą, trečią, penktą, šeštą ir t. t. tyrimą, atliekamą dėl tos pačios priežasties, žymimas skaitmuo „3“.

56. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų paciento konsultacijos metu paskiriamas (keičiamas) ir atliekamas vienos rūšies procedūrų kursas kortelėje nurodomas kaip vienas apsilankymas.

57. Gydytojai anesteziologai-reanimatologai kiekvieną atliktą bendrąją arba spinalinę nejautrą nurodo kaip atskirą apsilankymą.

58. Kiekvienas brangusis tyrimas ar procedūra nurodomas kaip atskiras apsilankymas.

59. Gydytojai oftalmologai paciento konsultacijos metu atliktą argoninio lazerio koaguliacijos ar YAG lazerio fotokoaguliacijos seansą nurodo kaip atskirą apsilankymą.

60. Jei vieno apsilankymo pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą metu suteikiamos kelios skirtingos paslaugos (pvz., pacientui dėl ligos apsilankius pas šeimos gydytoją, kartu suteikiamos viena ar kelios paslaugos pagal prevencines programas arba skatinamosios paslaugos), pildoma tiek apsilankymams skirtų eilučių, kiek suteikiama skirtingų paslaugų.

61. Jei į kitą ASPĮ siunčiama paciento tiriamoji medžiaga, siunčiančioji įstaiga užpildo 2 (du) formos „Biopsinės ir operacinės medžiagos siuntimas tirti“ (forma Nr. 014-1/a) egzempliorius, o tiriančioji ASPĮ gali pildyti tik elektroninę kortelę. Šiuo atveju ji privalo užtikrinti elektroninių kortelių saugojimą pagal teisės aktų reikalavimus.

62. III etapo ambulatorinės reabilitacijos paslaugos rašomos atskiroje kortelėje, 2 langelyje „Paskirtis“ nurodant skaitmenį „6“. Kiekviena reabilitacijos diena žymima kaip apsilankymas atskiroje eilutėje, nurodant atitinkamą paslaugos kodą. Mokama už kiekvieną apsilankymą (III dalies 36 skiltyje „Paslaugos tipas“ žymimas skaitmuo „2“). Vieno reabilitacinio gydymo kurso apsilankymai nurodomi vienoje kortelėje, net jei gydymas trunka ilgiau nei 30 dienų. Kortelė baigiama pildyti tik užbaigus arba nutraukus gydymo kursą. Kortelė informacinėje sistemoje „Sveidra“ susiejama su formos Nr.2011T „Pranešimas apie sutikimą kompensuoti medicininės reabilitacijos ar sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo išlaidas Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis“ duomenimis. Kortelėje nurodant III etapo ambulatorinės reabilitacijos paslaugas, II dalis „Galutinės (patikslintos) diagnozės“ nepildoma.

63. Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje teikiamos skubiosios pagalbos ir stebėjimo paslaugos rašomos atskiroje kortelėje, 2 langelyje „Paskirtis“ nurodant skaitmenį „3“. Jei stacionaro priėmimo skyriuje skubiosios pagalbos ar stebėjimo paslaugos teikiamos pacientui, atvykstančiam kelis kartus tą pačią dieną, pildoma ta pati kortelė.

64. Jei iš priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus pacientas perkeliamas į stacionarą, kortelė baigiama pildyti, kiekvienam apsilankymui skirtos eilutės 36 skiltyje „Paslaugos tipas“, nurodant skaitmenį „3“, ir pridedama prie formos Nr. 003/a „Gydymo stacionare ligos istorija“.

V. KORTELĖS TIKSLINIMO IR ANULIAVIMO TVARKA

65. Pasibaigus ataskaitiniam laikotarpiui, kortelių duomenys gali būti keičiami tik TLK sutikimu.

66. Kortelė tikslinama, jei joje pateikiami klaidingi duomenys apie pacientą ar jam suteiktas paslaugas. Jei tikslinami vieno kurio nors apsilankymo, galutinės diagnozės ar bendrosios dalies duomenys, TLK pateikiama tikslinamoji kortelė su visų apsilankymų ir diagnozių duomenimis. Naujo apsilankymo registravimas ar paciento duomenų patikslinimas nebaigtoje pildyti kortelėje nelaikomas kortelės tikslinimu.

67. Kortelė anuliuojama, jei joje nurodytos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos nebuvo suteiktos arba buvo suteiktos ne tam asmeniui, kurio kortelė pateikiama TLK.

68. Dėl kortelės tikslinimo ar anuliavimo ASPI kreipiasi į TLK, užregistruodama informacinėje sistemoje „Sveidra“ atitinkamą prašymą.

69. Kortelės ekonominiai duomenys gali būti tikslinami einamaisiais biudžetiniais metais.

70. Kortelės klinikiniai duomenys gali būti tikslinami jos saugojimo laikotarpiu, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“ (Žin., 1999, Nr. [103-2972](#)).

71. Kortelės duomenys gali būti tikslinami arba anuliuojami tik TLK užregistravus informacinėje sistemoje „Sveidra“ sprendimą leisti tikslinti arba anuluoti kortelę.
