

**საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის
ბრძანება №01- 55/ნ
2011 წლის 25 ნოემბერი ქ. თბილისი**

**სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის
დამტკიცების შესახებ**

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად, ვბრძანებ:

1. დამტკიცდეს სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი.
2. ბრძანება ამოქმედდეს 2012 წლის 1 იანვრიდან.

ა. ურუშაძე

**სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებლებისათვის სამედიცინო
დოკუმენტაციის წარმოების წესი**

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი საერთოა ყველა ამბულატორიული სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებლისათვის.
2. სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაცია იწარმოება ამ ბრძანების შესაბამისად, მასში ჩანაწერები სრულდება სახელმწიფო ენაზე, მკაფიოდ და გასაგებად. სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება შესაძლებელია ელექტრონული საშუალებითაც.
3. სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაცია არ არის მკაცრი აღრიცხვის დოკუმენტი.
4. სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია განმარტოს სამედიცინო დოკუმენტაციის დადგენილი ფორმის ცალკეული პუნქტი. სურვილისამებრ მოახდინოს ფორმების მოდიფიცირება ან შემოიღოს დამატებები იმდაგვარად, რომ დაცული იყოს წარმოებისათვის ამ წესით დადგენილი მოთხოვნები.
5. პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მოითხოვოს სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის ან მისი ცალკეული ფორმის ასლი.
6. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაცია ინახება კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 2. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი – ფორმა №IV-220/ა (დანართი – №1)

1. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი წარმოადგენს სამედიცინო დოკუმენტს, ამბულატორიული პაციენტისათვის.

2. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი ივსება ყველა პაციენტისათვის ინდივიდუალურად, სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი პირის მიერ პაციენტის პირველი მიმართვის დროს.

3. სამედიცინო ბარათს რიგითი ნომერი ენიჭება მოქალაქის/პაციენტის პირადი ნომრის მიხედვით (პირადი ნომრის არქონის შემთხვევაში რეგისტრაციის ჟურნალში დაფიქსირებული რიგითი ნომრის მიხედვით).

4. სამედიცინო ბარათი ივსება პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის მიერ მიწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე. „საპასპორტო მონაცემების“ შევსების უფლება აქვს პირს, რომელსაც განსაზღვრავს თავად მომსახურების მიმწოდებელი. ივსება ყველა ის გრაფა, რომელზეც არსებობს ინფორმაცია. ბავშვთა მომსახურების შემთხვევაში ივსება მხოლოდ შესაბამისი გრაფები.

5. მონაცემები ალერგიული რეაქციების შესახებ ფიქსირდება შესაბამის გრაფაში ასეთი ინფორმაციის არსებობისას.

მუხლი 3. „პაციენტის გასინჯვის ფურცელი“ – ფორმა №IV-220-1/ა (დანართი – №2)

1. პაციენტის გასინჯვის ფურცელი ივსება ყოველ ახალ შემთხვევაზე. მასში ფიქსირდება პაციენტის როგორც პირველადი, ასევე ყველა მომდევნო (განმეორებითი) ვიზიტი, ერთი შემთხვევის (ეპიზოდის) ფარგლებში.

2. საბოლოო დიაგნოზის ფორმულირება უნდა შეესაბამებოდეს ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის ICD-10 ნორმების კლინიკურ ვარიანტს.

3. სამედიცინო ჩარევების, პროცედურებისა და გამოკვლევის კოდ(ებ)ის მითითების შემთხვევაში, აღნიშნული კოდები უნდა დაფიქსირდეს ძირითადი ჩარევის, კლინიკური ან/და დიაგნოსტიკური გამოკვლევის ჩანაწერის ბოლოს.

მუხლი 4. „პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე“ – ფორმა №IV-220-2/ა (დანართი – №3)

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე ივსება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ექიმის მიერ, პაციენტის ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის თანდასწრებით, სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის პირველი პუნქტის, მე-2 პუნქტის „ა“ და „ლ“ ქვეპუნქტებისა და მე-3 პუნქტის შესაბამისად.

მუხლი 5. „სტომატოლოგიური პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი“ – ფორმა - №IV-220-3/ა (დანართი – №4)

სტომატოლოგიური პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი – იწარმოება სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი პირის მიერ. ჟურნალში ფიქსირდება

პაციენტის მომართვიანობა დაწესებულებაში, დიაგნოზი და აქტივობები (გამოკვლევები, მკურნალობა), რომელიც მას ჩაუტარდა.

დანართი – №1

სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-220/ა

სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი №. . . .

გვარი, სახელი _____
სქესი _____
დაბადების თარიღი _____ ტელეფონი _____
პირადი ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) _____
მისამართი _____
სამუშაო ადგილი _____

ალერგია (მათ შორის – საანესთეზიო საშუალებებზე) _____

გადატანილი ან/და თანმხლები დაავადებები, მდგომარეობები:

სადაზღვევო პოლისის ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) _____
სადაზღვევო კომპანია (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) _____

დანართი №2

სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-220-1/ა

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი
თარიღი _____

ჩივილები (მომართვის მიზეზი):

დაავადებული კბილ(ებ)ი -----

გამლიზიანებლით გამოწვეული	___	გვირგვინის დეფექტი	___
მიზეზობრივი ხასიათის ტკივილი	___	ფესვი	___
ტკივილი კბილის კბილზე დაჭერისას	___	სახის ასიმეტრია	___

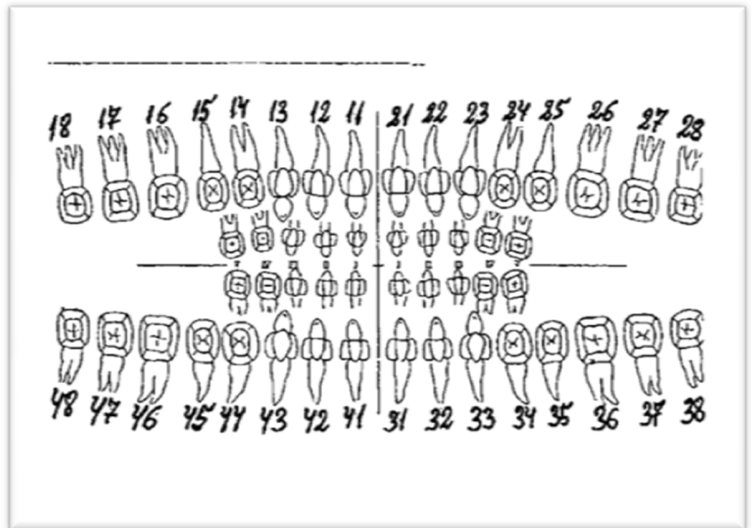
ყრუ ხასიათის ტკივილი _____
 თვითნებითი ხასიათის ტკივილი _____
 ღამის ტკივილი _____
 ესთეტიკური დისკომფორტი _____
 ბჟენის დეფექტი _____
 სხვა _____

ქვისა და რბილი ნადების არსებობა _____
 სისხლდენა ღრძილებიდან _____
 ადენტია _____
 ჰალიტოზი _____
 საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის _____
 პათოლოგია _____

ანამნეზი _____

ობიექტური გამოკვლევები
 პირის ღრუს დათვალიერება:

დეფექტის ლოკალიზაცია _____
 კარიესი - კ
 არაკარიესული დაავადება - აკ
 პულპიტი - პ
 პერიოდონტიტი - პტ
 ბჟენი - ბ
 ხელოვნური კბილი - ხკ
 ხელოვნური გვირგვინი - ხგ
 კბილის მორყევის ხარისხი - I, II, III
 ექსტრაგირებული კბილი - 0
 რეტენციული კბილი - რკ
 ფესვი - ფ



თანკბილვა _____
 პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა: _____

პაროდონტის მდგომარეობა _____
 შემუპება _____
 ჰიპერემია _____
 ციანოზი _____
 რეტრაქცია _____
 ჰიპერტროფია _____
 სისხლდენა _____
 ძვლოვანი ჯიბე _____
 ალვეოლური მორჩის ატროფია _____

ნადები: არ აღინიშნება _____
 რბილი _____
 პიგმენტური _____
 მაგარი _____
 ღრძილზედა _____
 ღრძილქვეშა _____

პაროდონტული ჯიბე _____
პაროდონტული ჯიბის სიღრმე _____
სხვა _____

გამოკვლევის გეგმა:

ანამნეზის შეკრება _____	ორთოპანტომოგრაფია _____
სახისა და პირის ღრუს დათვალიერება _____	ელექტროდონტომეტრია _____
თერმოდიაგნოსტიკა _____	აპექს-ლოკაცია _____
ვიზიორენტგენოგრაფიული გამოკვლევა _____	კომპიუტერული ტომოგრაფია _____
რენტგენოლოგიური გამოკვლევა _____	სხვა _____
სპეციფიკური ალერგოდიაგნოსტიკა _____	

კონსულტაცია/გამოკვლევის შედეგი:

საბოლოო დიაგნოზი (ICD –10)

მკურნალობა

მომდევნო ვიზიტი:

თარიღი	ანამნეზი, სტატუსი, დიაგნოზი, ჩატარებული მკურნალობა, დანიშნულება	მკურნალი ექიმი

მკურნალობის შედეგი (ეპიკრიზი) _____

რჩევა-დარიგება/დანიშნულება _____

სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-220-2/ა

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების
გაწევაზე

მე _____
(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ. მკურნალმა ექიმმა
გამაცნო სამედიცინო მომსახურების მიზანი, მისი მიმდინარეობა, თავისებურებანი და
შესაძლო გართულებები. ასევე ჩემთვის ცნობილია სამედიცინო მომსახურებაზე უარის
შემთხვევაში დამდგარი შედეგის შესახებ.

პაციენტის (ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის) ხელმოწერა _____

მე, ექიმი _____
(სახელი, გვარი)

ვადასტურებ, რომ პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა შეკითხვაზე, რაც შეეხება მის
ჯანმრთელობას, დაავადებას, მკურნალობას. ასევე მიიღო პასუხი მკურნალობის
ალტერნატიულ მეთოდებზე და მის ღირებულებაზე.

ხელმოწერა _____

თარიღი „-----“ -----

სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

სტომატოლოგიური პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი

№	თარიღი	სახელი	გვარი	პირადი ნომერი	დაბადების თარიღი	მისამართი	ტელეფონი	დიაგნოზი ICD-10	ჩატარებული გამოკვლევები და მკურნალობა	ექიმის გვარი	სხვა*	შენიშვნა

* სერვისის მიმწოდებელი უფლებამოსილია ცხრილის თავისუფალ გრაფაში დააფიქსიროს სხვა, მისთვის საჭირო ინფორმაცია