

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
ბრძანება N 108/ნ
2009 წლის 19 მარტი ქ. თბილისი

სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო
დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ

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

1. დამტკიცდეს სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი.
2. ბრძანება ამოქმედდეს 2010 წლის 1 იანვრიდან.

ა. კვიციანი

სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის
წარმოების წესი

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი საერთოა ყველა არსებული სამედიცინო დაწესებულებისათვის, რომელიც ეწევა სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას.
2. სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაცია იწარმოება უნიფიცირებულად ამ ბრძანების შესაბამისად.
3. დოკუმენტაციაში ჩანაწერები სრულდება სახელმწიფო ენაზე, მკაფიოდ და გასაგებად.
4. სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაცია არ არის მკაცრი აღრიცხვის დოკუმენტი.
5. დაწესებულების ადმინისტრაცია უფლებამოსილია, განმარტოს დადგენილი ფორმების ცალკეული პუნქტი ან შემოიღოს დამატებები სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების დამტკიცებული წესის შეუცვლელად; ამასთანავე, დაწესებულების პროფილისა და სამედიცინო მომსახურების მოცულობის გათვალისწინებით, მოახდინოს ამ ბრძანების მე-3–მე-19 მუხლებით დამტკიცებული სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციიდან მათთვის საჭირო ფორმების გამოყენება, აგრეთვე მოდიფიცირება, მათში არსებული ძირითადი ინფორმაციის აუცილებელი წესით შენარჩუნებითა და გათვალისწინებით. (11.02.2010 N37/ნ)

მუხლი 2. სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი - ფორმა N

IV-300/ა (დანართი 1)

1. სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი არის სამედიცინო დოკუმენტი იმ პაციენტის (გარდა ჩვილი ბავშვების, ორსულების, მშობიარეებისა და მელოგინეებისა), რომელიც სამედიცინო დაწესებულებაში იმყოფება დღე-ღამის განმავლობაში და მკურნალობას იტარებს ექიმი-სპეციალისტის მეთვალყურეობის ქვეშ.

2. სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი ივსება ყველა პაციენტისათვის ინდივიდუალურად (თითოეული პაციენტისათვის ივსება ერთი ბარათი). სამედიცინო ბარათს რიგითი ნომერი ენიჭება სავადმყოფოს მიმღების სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალში დაფიქსირებული რიგითი ნომრის მიხედვით, იდენტურად.

3. მიმღები განყოფილების თანამშრომლები პაციენტის სტაციონარში შემოსვლისთანავე ავსებენ პერსონალურ მონაცემებს პირადობის (ბინადრობის) მოწმობის ან პასპორტის მიხედვით, ბარათის სატიტულო გვერდზე.

4. მონაცემებს სისხლის ჯგუფის, რეზუს-ფაქტორისა და მედიკამენტებზე ალერგიული რეაქციების შესახებ ავსებს მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმი პირველი გასინჯვის დროს, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ინფორმაციის მიღება შეუძლებელია პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე.

5. კლინიკური დიაგნოზი იწერება პაციენტის ბარათის სატიტულო ფურცელზე პაციენტის სტაციონარში შესვლიდან სამი სამუშაო დღის განმავლობაში. დასკვნითი დიაგნოზი იწერება პაციენტის სტაციონარიდან გაწერისას და მისი ფორმულირება უნდა შეესაბამებოდეს ავადმყოფობას და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის ICD -10 ნორმების კლინიკურ ვარიანტს. საბოლოო დიაგნოზი უნდა შეიცავდეს პაციენტის ყველა გართულებასა და კლინიკური მნიშვნელობის თანმხლებ დაავადებებს. ჩანაწერს, დროებითი შრომისუნარობის ფურცლის გაცემის შესახებ, აკეთებს მკურნალი ექიმი დადგენილი წესების შესაბამისად.

6. გეგმიური პაციენტი უნდა გასინჯოს მიმღები (მორიგე) ექიმის მიერ სტაციონარში შემოსვლისთანავე და პირველადი გასინჯვის მონაცემები შეიტანება მოკლედ. სასწრაფო ან გადაუდებელი მდგომარეობის დროს პაციენტი ისინჯება მორიგე ექიმის მიერ, მიმღებ განყოფილებაში გამოძახებისთანავე. გეგმიური პაციენტის მიღების სტატუსი ბარათში იწერება მიმდინარე სამუშაო დღის განმავლობაში, ხოლო სასწრაფო პაციენტის სტატუსი – პირველი გასინჯვის დროს. სტატუსი უნდა იყოს ინფორმატიული და კლინიკური მნიშვნელობის მონაცემები სრულყოფილად ასახული.

7. მკურნალი ექიმის მიერ, პაციენტის ჩვილები და ავადმყოფობის ანამნეზი იწერება მოკლედ, პათოლოგიური ცვლილებებისა და დაავადებასთან დაკავშირებული მონაცემების მითითებით. საერთო ანამნეზში აისახება მიმდინარე დაავადებასთან და პაციენტის მკურნალობის ტაქტიკასთან დაკავშირებული მონაცემები. აქვე აუცილებელია, იმ მონაცემების დაფიქსირება, რომლებიც მიუთითებენ ალერგიული რეაქციების არსებობას, ეპიდემიოლოგიურ ანამნეზს,

წარსულში არსებულ ჰემოტრანსფუზიის შემთხვევებს, გადატანილ (ტუბერკულოზი, სქესობრივი გზით გადამდები, ვირუსული ჰეპატიტი, აივ - ინფექციები) დაავადებებს. ამასთან, აუცილებელია, იმ მონაცემების აღნიშვნა, რომელიც შეეხება პაციენტის სადაზღვევო ანამნეზს; რა დროიდან იმყოფება პაციენტი საავადმყოფო ფურცელზე. (11.02.2010 N37/6)

8. პირველადი გასინჯვის მონაცემები შეიტანება მოკლედ გასინჯვისათვის ხელმისაწვდომ ორგანოთა სისტემების მიხედვით, ხოლო გამოვლენილი პათოლოგიური ცვლილებები აღიწერება დაწვრილებით.

9. სამედიცინო ჩარევის აუცილებელ და გარდაუვალ წინაპირობას წარმოადგენს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა. იმ შემთხვევაში, როდესაც მოქალაქეს არ შეუძლია თავისი ნების გამოხატვა, ხოლო სამედიცინო ჩარევა გარდაუვალია და შედის მოქალაქის ინტერესების სფეროში, გადაწყვეტილებას სამედიცინო ჩარევის თაობაზე იღებს კონსილიუმი, ხოლო კონსილიუმის ჩატარების შეუძლებლობის შემთხვევაში – ერთპიროვნულად, მკურნალი (მორიგე) ექიმი, ან სამედიცინო დაწესებულების სხვა სამედიცინო პერსონალი ადმინისტრაციული უფლებამოსილების მიხედვით.

10. თუ პაციენტი არის 18 წლამდე ასაკის ან ქმედუუნარო პირი სამედიცინო ჩარევის აუცილებლობისას თანხმობის მიღება ხდება მათი ნათესავების ან კანონიერი წარმომადგენლის მეშვეობით. ამ უკანასკნელთა არ არსებობის შემთხვევაში გადაწყვეტილებას იღებს კონსილიუმი, ხოლო კონსილიუმის ჩატარების შეუძლებლობის შემთხვევაში – ერთპიროვნულად, მკურნალი (მორიგე) ექიმი, ან სამედიცინო დაწესებულების სხვა სამედიცინო პერსონალი ადმინისტრაციული უფლებამოსილების მიხედვით.

11. ინფორმაცია პაციენტს მიეწოდება მისთვის გასაგებ ენაზე. პაციენტისათვის მიწოდებული ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს არსებული პათოლოგიისათვის დამახასიათებელ ყველა თავისებურებას, მკურნალობის მეთოდებსა და მიზნებს, შესაძლო რისკს, გვერდით მოვლენებსა და მოსალოდნელ შედეგებს, რომლის თაობაზეც შესაბამისი ჩანაწერი კეთდება სამედიცინო ბარათში.

12. დღიურების წარმოება პაციენტის გასინჯვის ფურცელში უნდა მიმდინარეობდეს არანაკლებ კვირაში სამჯერ, ხოლო მძიმე და საშუალო სიმძიმის ავადმყოფების შემთხვევებში - ყოველდღიურად, განსაკუთრებული სიმძიმის ავადმყოფების შემთხვევაში – დღეში რამდენჯერმე. დღიურებში აისახება პაციენტის მდგომარეობის დინამიკა, ობიექტური გასინჯვის მონაცემები, ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგები და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებები.

13. განყოფილების ხელმძღვანელი გეგმიურ პაციენტს სინჯავს განყოფილებაში შემოსვლიდან არა უგვიანეს მესამე დღისა. ხოლო მძიმე და საშუალო სიმძიმის ავადმყოფების შემთხვევაში – ჰოსპიტალიზაციის მომენტიდან ერთი დღე-ღამის განმავლობაში.

14. განყოფილების ხელმძღვანელის შემოვლები კეთდება არანაკლებ კვირაში ერთხელ. ისტორიაში ფორმდება კლინიკური დიაგნოზი, რეკომენდაციები და დასტურდება მისი ხელმოწერით.

15. კონსულტანტების ჩანაწერები უნდა შეიცავდეს კონსულტაციის ჩატარების დროსა და თარიღს, კონსულტანტის გვარსა და სპეციალობას, პათოლოგიური ცვლილებების მდგომარეობას, დიაგნოზსა და შემდგომ რეკომენდაციებს.

16. კონსილიუმის ჩანაწერები უნდა მოიცავდეს დაწვრილებით ინფორმაციას, კონსილიუმში მონაწილე ყველა სპეციალისტის აზრის გათვალისწინებით. კონსილიუმის რეკომენდაციები შესასრულებლად სავალდებულოა, ხოლო იმ შემთხვევებში, როდესაც გარკვეული მიზეზების გამო მათი შესრულება შეუძლებელია, მკურნალი ექიმი ვალდებულია აცნობოს კონსილიუმის წევრებს და ასახოს სამედიცინო ბარათში.

17. კრიტიკული მედიცინის განყოფილებაში პაციენტის მოთავსების შემთხვევაში, მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმი აკეთებს მოკლე ჩანაწერს პაციენტის შესახებ, აღწერს არსებულ სიმპტომთა კომპლექსს და უთითებს სავარაუდო დიაგნოზს. ამავე განყოფილების მორიგე ექიმები დღე-ღამეში უნდა აკეთებდნენ არანაკლებ სამ ჩანაწერს. დღიურის ჩანაწერები უნდა ასახავდეს პაციენტის მდგომარეობასა და ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების უმთავრეს მაჩვენებლებს. რეანიმაციული განყოფილების ხელმძღვანელი ყოველდღიურად ნახულობს განყოფილების ყველა პაციენტს. პროფილური განყოფილების მკურნალი ექიმი ყოველდღიურად აკეთებს შესაბამის ჩანაწერს, ხოლო პროფილური განყოფილების ხელმძღვანელი ბარათში ჩანაწერს აკეთებს – არანაკლებ კვირაში ორჯერ. EB

18. კრიტიკული მედიცინის განყოფილებაში დანიშნულების ფურცლის ნაცვლად გამოიყენება პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის ფურცელი, სადაც ძირითადი სასიცოცხლო პარამეტრების გარდა ფიქსირდება ექიმის ყველა დანიშნულება. ინტენსიური თერაპიის განყოფილებიდან პაციენტის გადაყვანის შემთხვევაში, ფორმდება გადაყვანის მოკლე ეპიკრიზი. კლინიკური განყოფილების ექიმი პაციენტს ნახულობს გადაყვანიდან ერთი საათის განმავლობაში და აკეთებს შესაბამის ჩანაწერს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

19. ჩანაწერებს, ბიოლოგიური სითხეების ტრანსფუზიის, ნარკოტიკული საშუალებებისა და ძლიერმოქმედი პრეპარატების გამოყენების შესახებ, კანონმდებლობით დადგენილი წესით, აწარმოებს ექიმის დანიშნულების შემსრულებელი ექთანი, რასაც ხელმოწერით ადასტურებს მკურნალი ექიმი.

20. ეტაპური ეპიკრიზი, რომელიც უნდა ასახავდეს პაციენტის მდგომარეობის დინამიკას, პაციენტის შემდგომი მართვის ტაქტიკასა და პროგნოზს, ფორმდება საჭიროების მიხედვით, პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე.

21. პაციენტის გასინჯვის ფურცელი არის სამედიცინო ბარათის ძირითადი შემადგენელი ნაწილი. დაუშვებელია მასში არსებული ჩანაწერების გაორება ან თვითნებური ჩანაწერების წარმოება. მკურნალი ექიმი მასში ჩანაწერებს (პაციენტის გასინჯვის ფურცელში (დღიურში) აღნიშნული დანიშნულებების შესაბამისად) აკეთებს მკაფიოდ და გასაგებად, მიუთითებს მედიკამენტის დანიშვნისა და მოხსნის თარიღს. ექიმი ხელმოწერით ადასტურებს მედიკამენტის დანიშვნისა და მოხსნის ფაქტებს. იმ შემთხვევებში, როდესაც მკურნალობაში ჩართულია პაციენტის მიერ შეძენილი მედიკამენტი, დანიშვნის გრაფაში გვერდით კეთდება ჩანაწერი

„პაციენტის პრეპარატი”. (11.02.2010 N37/6)

22. პაციენტის გაწერის დროს ივსება ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა-ფორმა №IV-100/ა, რომელიც მოიცავს ჩატარებული მკურნალობის ხასიათსა და მის შედეგებს, სიმპტომების დინამიკასა და რეკომენდაციებს პაციენტის შემდგომი მართვის შესახებ, მათ შორის, მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნისას, ინფორმაციას რეცეპტ(ებ)ის გაცემის ფაქტის შესახებ (რეცეპტ(ებ)ის ნომრ(ებ)ის მითითებით). ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა ფორმა №IV-100/ა შესრულებული უნდა იყოს ორ ეგზემპლარად, რომელთაგან ერთი რჩება სამედიცინო ბარათში, ხოლო მეორე ეგზემპლარი მიეცემა პაციენტს ხელზე. ფსიქიატრიული პაციენტის შემთხვევაში სტაციონარიდან გაწერისას სამედიცინო დოკუმენტაციის ამონაწერი იგზავნება ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, რის შესახებაც ეცნობება პაციენტს და მის კანონიერ წარმომადგენელს. (17.09.2014 N 01-66/6)

23. პაციენტის სიკვდილის შემთხვევაში, სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში იწერება გარდაცვალების ეპიკრიზი და გაიცემა სიკვდილის შესახებ სამედიცინო მოწმობა – ფორმა N106ს-4 (სააღრიცხვო). გარდაცვალების ეპიკრიზი უნდა მოიცავდეს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის მოკლე ისტორიას, სიმპტომების დინამიკას, ჩატარებული მკურნალობის ხასიათსა და დიაგნოსტიკურ პროცედურებს, ლეტალური გამოსავლის დადგომის მიზეზებსა და გარემოებებს.

24. გვამის პათოლოგ-ანატომიური შესწავლის შემდეგ სამედიცინო ბარათში არაუგვიანეს 10 დღისა, შეიტანება შესწავლის მოკლე ოქმი დაწვრილებითი პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზის ფორმულირებით და ეპიკრიზით, დიაგნოზების ჩამოყალიბების რიგითობის შესაბამისად.

25. სამედიცინო ბარათი ან მისი ასლი სამედიცინო დაწესებულების არქივიდან გაიცემა კანონმდებლობის შესაბამისად. (11.02.2010 N37/6)

26. პაციენტს, მოთხოვნის საფუძველზე, გადაეცემა ადმინისტრაციის თანხმობით რენტგენის ფირები, ბიოფსიური მასალის ბლოკები და სასაგნე მინაზე დამზადებული პრეპარატები და სხვა (გაცემის ფაქტი რეგისტრირდება სამედიცინო ბარათში).

27. სამედიცინო ბარათი სამედიცინო დაწესებულების არქივში ინახება 15 წლის განმავლობაში. ბარათის შემდგომი შენახვის ან განადგურების მიზანშეწონილობის თაობაზე გადაწყვეტილებას იღებს საავადმყოფოს ადმინისტრაცია, აღნიშნული დროის გასვლის შემდეგ.

მუხლი 3. ფიზიკალური მონაცემების რეგისტრაციის ფურცელი - ფორმა NIV-300-1/ა (დანართი 2)

1. ფიზიკალური მონაცემების ფურცელი არის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი მახასიათებლების ოპერატიული დოკუმენტი.

2. ფიზიკალური მონაცემების ფურცელში ჩანაწერებს აკეთებს ექთანი დღეში ორჯერ. აღნიშნული ფურცელი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

3. მკურნალი ექიმი ყოველდღიურად სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში (ფორმა NIV-300/ა) აკეთებს ჩანაწერს პაციენტის მდგომარეობის შესახებ.

4. ფიზიკალური მონაცემების რეგისტრაციის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 4. ექიმის დანიშნულების ფურცელი - ფორმა NIV-300-2/ა (დანართი 3)

1. ექიმის დანიშნულების ფურცელი არის სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათის ძირითადი შემადგენელი ნაწილი. დაუშვებელია მასში არსებული ჩანაწერების გაორება ან თვითნებური ჩანაწერების წარმოება.

2. მკურნალი ექიმი ჩანაწერებს აკეთებს მკაფიოდ და გასაგებად, მიუთითებს მედიკამენტის დანიშვნისა და მოხსნის თარიღს. ექთანი ხელმოწერით ადასტურებს მედიკამენტის დანიშვნისა და მოხსნის ფაქტებს. მკურნალი ექიმი ყოველ დილას, შემოვლისას, პაციენტის გამოკითხვის საფუძველზე, ამოწმებს დანიშნულების მიღების სიზუსტეს და დანიშნულების ფურცელში ხელმოწერით ადასტურებს ექთნის მიერ ჩატარებულ ყველა პროცედურას.

3. იმ შემთხვევებში, როდესაც მკურნალობაში ჩართულია პაციენტის მიერ შეძენილი მედიკამენტი, დანიშვნის გრაფაში კეთდება ჩანაწერი „პაციენტის პრეპარატი“.

4. ექიმის დანიშნულების ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 5. ზოგადი ანესთეზიის რუქა - ფორმა NIV-300-3/ა (დანართი 4)

1. ზოგადი ანესთეზიის რუქა ივსება პრემედიკაციის მომენტიდან – პაციენტის ინტენსიური (პოსტოპერაციული) თერაპიის პალატაში მოთავსებამდე პერიოდში, შესრულებული სამუშაოს პარალელურად.

2. რუქას აწარმოებს ექთანი ანესთეზისტი, ექიმი ანასთეზიოლოგის მეთვალყურეობით. აღნიშნული რუქა თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

3. ზოგადი ანესთეზიის რუქა დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 6. გაუტკივარების ოქმი - ფორმა NIV-300-4/ა (დანართი 5)

1. გაუტკივარების ოქმს ავსებს ექიმი ანესთეზიოლოგი.

2. გაუტკივარების ოქმში აღინიშნება პრემედიკაცია, შესავალი ნარკოზი, ტრაქეის ინტუბაციის მეთოდი, ძირითადი ნარკოზის მსვლელობა, გართულებები და მათი დეტალური აღწერა, ნარკოზიდან გამოსვლის აღწერა, ექსტუბაცია, პოსტოპერაციულ პალატაში გადაყვანის დრო და პაციენტის მდგომარეობა, აღმოცენებული გართულებების დეტალური აღწერა, უახლოესი პოსტოპერაციული პერიოდის დახასიათება.

3. ოქმის ბოლოს აღინიშნება გახარჯული სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების დოზა და რაოდენობა. გაუტკივარების ოქმი თან

უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

4. გაუტკივარების ოქმი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 7. პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელი - ფორმა NIV-300-5/ა (დანართი 6)

1. პაციენტის მომზადება ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის იგეგმება ანესთეზიოლოგის მიერ. ფორმას ავსებს ექიმი ანესთეზიოლოგი მკაფიოდ და გასაგებად.

2. პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელში აისახება წინასაოპერაციო მომზადების დაწვრილებითი პროგრამა და პრემედიკაცია. აღნიშნული ფურცელი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

3. პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 8. ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერის ფურცელი - ფორმა NIV-300-6/ა (დანართი 7)

1. ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერს აკეთებს ექიმი ანესთეზიოლოგი.

2. ჩანაწერის ყველა პუნქტი ივსება მკაფიოდ და გასაგებად. ექიმი პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისას ეყრდნობა ანამნეზურ, პარაკლინიკურ, ფიზიკალურ მონაცემებს. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ანამნეზურ მონაცემებს, აქვე უნდა განისაზღვროს ოპერაციულ – ანესთეზიოლოგიური რისკი. აღნიშნული ფურცელი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

3. ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 9. პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი - ფორმა NIV-300-7/ა(დანართი 8)

1. პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი უნდა შეავსოს პაციენტმა ექიმი ანესთეზიოლოგისგან სათანადო განმარტებების მიღების შემდეგ. პასუხგაუცემელი არ უნდა დარჩეს არცერთი კითხვა. პასუხი შეიძლება იყოს მხოლოდ ორი სახის “დიახ” ან “არა”. თუ რომელიმე კითხვაზე პაციენტს გააჩნია პასუხი “ხანდახან” ან “პერიოდულად”, ასეთ შემთხვევაში უნდა შემოიხაზოს პასუხი - “დიახ”. კითხვარზე აუცილებელია პაციენტის ხელმოწერა. პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

2. იმ შემთხვევაში როდესაც პაციენტს არ შეუძლია კითხვარის შევსება (პაციენტის უგონო ან მძიმე სომატური მდგომარეობა, არაქმედიტუნარიანობა და სხვ.), კითხვარს ავსებს პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში კითხვარს ავსებს (შესაძლებლობის ფარგლებში) ანესთეზიოლოგი და აკეთებს სათანადო ჩანაწერს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში იმის თაობაზე რომ ინფორმაციის მოპოვება შეუძლებელია.

3. ამ მუხლის პირველი და მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული დოკუმენტები, დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 10. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივრებაზე - ფორმა NIV-300-8/ა (დანართი 9)

1. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივრებაზე ივსება ერთობლივად პაციენტისა და ექიმის მიერ, მას შემდეგ, რაც ანესთეზიოლოგი მიაწოდებს პაციენტს ამომწურავ ინფორმაციას მოსალოდნელი ოპერაციული ჩარევის მოცულობის, შერჩეული გაუტკივარების ტიპის და სავარაუდო გართულებების შესახებ, ფორმაში მითითებული პარაგრაფების მიხედვით. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივრებაზე თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

2. იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტს არ შეუძლია თანხმობის მიცემა – ფორმას ავსებს და თანხმობას იძლევა პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში ანესთეზიოლოგი აკეთებს სათანადო ჩანაწერს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში, იმის თაობაზე, რომ პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება გაუტკივრებაზე შეუძლებელია.

3. ამ მუხლის პირველი და მე-2 პუნქტებით გათვალისწინებული დოკუმენტები დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 11. პაციენტის პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი - ფორმა NIV-300-9/ა (დანართი 10)

1. პოსტოპერაციული პერიოდის მართვა იგეგმება ექიმი ანესთეზიოლოგ – რეანიმატოლოგის მიერ. სამკურნალო-დიაგნოსტიკური დანიშნულების პარაგრაფებს ავსებს პირადად.

2. პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელს აწარმოებს ექთანი – იმ მორიგე ანესთეზიოლოგ – რეანიმატოლოგის მეთვალყურეობით, რომელსაც აქვს უფლება კლინიკური სიტუაციიდან გამომდინარე, შეცვალოს დანიშნულება. პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

3. პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 12. პაციენტის თანხმობა სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე - ფორმა NIV-300-10/ა (დანართი 11)

1. პაციენტის თანხმობა სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის შესახებ ივსება ერთობლივად პაციენტისა და ექიმის მიერ, მას შემდეგ რაც მკურნალი ექიმი მიაწოდებს პაციენტს ამომწურავ ინფორმაციას: გადასხმის მიზანი, მისი აუცილებლობა, ხასიათი და პროცედურის თავისებურებანი, გადასხმის შემდეგ მისი შესაძლო რეაქციები და გართულებები, რომლის განვითარების შემთხვევაში

პაციენტი თანახმაა მისთვის ყველა საჭირო სამედიცინო ჩარევაზე. პაციენტს უნდა გაეცეს პასუხი, მისი ჯანმრთელობის, დაავადებისა და მკურნალობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. ასევე უნდა მიიღოს ინფორმაცია მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებზე და ფინანსურ ხარჯებზე. პაციენტის თანხმობა სისხლის და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე - ფორმა თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

2. იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს არ შეუძლია თანხმობის მიცემა – ფორმას ავსებს და თანხმობას იძლევა პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში ექიმი აკეთებს სათანადო ჩანაწერს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში იმის თაობაზე, რომ ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე შეუძლებელია.

3. ამ მუხლის პირველი და მე-2 პუნქტებით გათვალისწინებული დოკუმენტები სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 13. სისხლის და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ოქმი - ფორმა NIV-300-11/ა (დანართი 12);

1. გადასხმის ოქმი ივსება პაციენტისათვის სისხლის და სისხლის კომპონენტების ყოველი გადასხმის რეგისტრაციისათვის, აგრეთვე ტრანსფუზიის მიმართ ორგანიზმის რეაქციისა და სხვა პოსტტრანსფუზიული გართულებების აღნიშვნისათვის.

2. სისხლის და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ოქმი ივსება ტრანსფუზიის პროცედურის ჩამტარებელი ექიმის მიერ. ოქმი უნდა იქნას ჩაკრული სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში.

3. ყოველი ტრანსფუზიის რეგისტრაციისას ივსება ფორმის ყველა სვეტი.

4. სისხლის და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ოქმი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 14. პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე - ფორმა NIV-300-12/ა (დანართი 13).

1. პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია სამედიცინო ჩარევების წინ. აღნიშნული ფორმა თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

2. პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე ივსება ერთობლივად პაციენტისა და ექიმის მიერ, მას შემდეგ რაც მკურნალი ექიმი მიაწოდებს პაციენტს ამომწურავ ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ:

ა) სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგები;

ბ) პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკი;

გ) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტები და ამ უკანასკნელთა თანხმობის რისკი და შესაძლო ეფექტიანობა;

დ) სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგები; სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური საკითხები.

3. იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს არ შეუძლია თანხმობის მიცემა – ფორმას ავსებს და თანხმობას იძლევა პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში ექიმი აკეთებს სათანადო ჩანაწერს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში იმის თაობაზე, რომ ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე შეუძლებელია.

4. ამ მუხლის პირველი და მე-2 პუნქტებით გათვალისწინებული დოკუმენტები დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 15. პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის რუქა - ფორმა NIV-300-13/ა (დანართი 14).

1. პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის რუქა ივსება პაციენტის კრიტიკული მედიცინის განყოფილებაში მოთავსების მომენტიდან – პაციენტის სხვა სომატურ განყოფილებაში გადაყვანამდე.

2. რუქას აწარმოებს მორიგე ექთანი, ექიმი რეანიმატოლოგის მეთვალყურეობით. პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის რუქა თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

3. პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის რუქა დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 16. ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი - ფორმა NIV-300-14/ა (დანართი 15).

1. ეტაპური ეპიკრიზი, რომელიც უნდა ასახავდეს პაციენტის მდგომარეობის დინამიკას, პაციენტის შემდგომი მართვის ტაქტიკასა და პროგნოზს, ფორმდება საჭიროების მიხედვით და პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე.

2. ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელს აწარმოებს მკურნალი ექიმი. აღნიშნული ფურცელი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

3. ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 17. წინასაოპერაციო ეპიკრიზი - ფორმა NIV-300-15/ა (დანართი 16).

1. წინასაოპერაციო ეპიკრიზი არის სტაციონარული პაციენტის ბარათის ერთერთი მნიშვნელოვანი ნაწილი, ამიტომ ექიმის ყველა მოქმედება უნდა იყოს ასახული წინასაოპერაციო ეპიკრიზში.

2. წინასაოპერაციო ეპიკრიზი აუცილებელი წესით ივსება გეგმიური

ოპერაციების დროს, ჩაწერის ფურცელს აწარმოებს მკურნალი ექიმი. (11.02.2010 N37/6)

3. წინასაოპერაციო ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში. (11.02.2010 N37/6)

მუხლი 18. ოპერაციის პროტოკოლი - ფორმა NIV-300-16/ა (დანართი 17).

1. ოპერაციის პროტოკოლი გარდა საოპერაციო ჟურნალისა, ასევე ასახულ უნდა იქნას სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში.

2. ოპერაციის პროტოკოლის ჩაწერის ფურცელს აწარმოებს მკურნალი ექიმი (ოპერატორი).

3. ოპერაციის პროტოკოლის ჩაწერის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 19. სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალი - ფორმა NIV-301/ა (დანართი 18).

1. სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალში ხდება საავადმყოფოს მიმღებ განყოფილებაში შემოსული ყველა პაციენტის რეგისტრაცია.

2. მიმღები განყოფილების მორიგე ექთანს ჟურნალში ავსებს პაციენტის მონაცემებს პირადობის (ბინადრობის) მოწმობის ან პასპორტის მიხედვით აფიქსირებს პაციენტის შემოსვლისა და გაწერის თარიღსა და დროს, გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზს.

3. მიმღები (მორიგე) ექიმი ვალდებულია ჟურნალში დააფიქსიროს თავისი გვარი, სპეციალობა და გასინჯვის დრო. მოკლედ ჩაწეროს პაციენტის ჩივილები, ობიექტური მონაცემები, მედიკამენტებზე აღერგიული რეაქციები. ექიმი ჟურნალში წერს დანიშნულებას, დიაგნოზს და მიუთითებს თუ სად გაიგზავნა პაციენტი პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევის შემდეგ.

4. ორგანიზმში შრატების, ვაქცინების, გამა-გლობულინის შეყვანის შემთხვევების თაობაზე, ჟურნალში აუცილებელია, გაკეთდეს ჩანაწერი, ასევე აუცილებელია, დაფიქსირდეს ინფორმაცია შესაძლო რეაქციის განვითარების შესახებ.

5. პირველადი სამედიცინო დახმარების ჩატარების შემდეგ ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტის ბინაზე გაწერის შესაძლებლობის შესახებ. პაციენტს გადაეცემა “ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის შევსების წესისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის ფორმის დამტკიცების შესახებ” საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 9 აგვისტოს N338/ნ ბრძანების შესაბამისად შევსებული ცნობა.

6. სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალი უნდა იყოს აკინძული, დანომრილი, დადასტურებული სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერით და ბოლო ფურცელზე დაწესებულების დალუქული ბეჭდით.

7. სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

დანართი 1

სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა NIV-300/ა

(დაწესებულების დასახელება)

დამტკიცებულია

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის
“___” “_____” N___ ბრძანებით

სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი N___

სისხლის ჯგუფი
და Rh-ფაქტორი _____

ალერგია _____
(კ რ ე პ ა რ ა ტ ი ს)

დასახელება)

გვარი, სახელი, მამის სახელი _____

სქესი: მამრობითი მდედრობითი ასაკი _____

ბავშვებისათვის: 1 თვემდე _____ დღის, 1 წლამდე _____ თვის

ოჯახური მდგომარეობა _____ მოქალაქეობა _____

პირადი ნომერი _____

მისამართი: _____

საკონტაქტო ტელეფონი _____

სამუშაო ადგილი, პროფესია, თანამდებობა _____

სადაზღვევო კომპანია _____

პოლისის ნომერი _____

ჰოსპიტალიზაციის თარიღი და დრო _____ განყოფილება _____

პალატა N _____ სხვა განყოფილებაში გადაყვანა _____

ტრანსპორტირების სახეობა: საკაცით სავარძლით შეუძლია სიარული

მოყვანილია (ვის მიერ) _____

ვინ გამოგზავნა პაციენტი _____

სტაციონარში მოყვანილია სასწრაფო ჩვენების გამო: დიახ არა

_____ საათის შემდეგ _____ დაავადების დაწყებიდან _____ ტრავმის მიღებიდან

ჰოსპიტალიზებულია გეგმიურად: დიახ არა

გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზი _____

დიაგნოზი შემოსვლისას (წინასწარი) _____

კლინიკური დიაგნოზი _____

_____ დადგენის თარიღი _____

დასკვნითი კლინიკური დიაგნოზი (გამოწერისას):

ძირითადი დაავადება _____

ძირითადის დაავადების გართულება (გართულებები) _____

თანმხლები დაავადება (დაავადებები) _____

ჰოსპიტალიზირებულია მიმდინარე წელს ამ დაავადების გამო: პირველად, განმეორებით.

ოპერაციული მკურნალობა, გაუტკივარების მეთოდები და შემდგომი გართულებები:

| ოპერაციის დასახელება | თარიღი, საათი | გ ა უ ტ კ ი ვ ა რ ე ბ ი ს მეთოდი | გართულებები |
|----------------------|---------------|----------------------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |

გაცემული საავადმყოფო ფურცლის N___ თარიღი ___ დან ___მდე

დაავადების გამოსავალი: გამოჯანმრთელება, გაუმჯობესება, უცვლელი, გაუარესება,

გარდაიცვალა (თარიღი)___ გადაყვანილია სხვა დაწესებულებაში _____
(დაწესებულების დასახელება)

სხვა (ჩაიწეროს) _____

გაწერის თარიღი და დრო -----საწოლდღე _____

მკურნალი ექიმი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____

სამსახურის უფროსი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

| თარიღი , დრო | ჩანაწერი | დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება |
|--------------|----------|---|
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>ექიმის სახელი, გვარი</p> <hr/> <p>ხელმოწერა _____</p> | |
|--|--|--|

| თარიღი, დრო | ჩანაწერი | დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება |
|----------------|----------|---|
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>ექიმის სახელი, გვარი _____</p> <p>ხელმოწერა _____</p> | |
|--|--|--|

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

პათოლოგანატომიური (ჰისტოლოგიური) დასკვნა

ჰისტორფოლოგიური დიაგნოზი:

ძირითადი _____

ძირითადის გართულება _____

თანმხლები _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____

მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის ჩანაწერი

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

| | |
|----------------|------------------------------------|
| თარიღი, დრო | პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა |
| | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| თარიღი, დრო | პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა |
|----------------|------------------------------------|
| | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| დანიშნულება შევასრულე მორიგე ექთანის: | | | | | | | | | | | | |
| დანიშნულების შესრულებას ვადასტურებ ექიმი: | | | | | | | | | | | | |

დანართი 4

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-3/ა დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის _____ N _____ ბრძანებით

ზოგადი ანესთეზიის რეჟა

| | | | |
|---|----------------------|-------------------|-------|
| გეგმური გადაუდებ. | ოპერაცია: | ავ-ფი: | ისტ.N |
| თარიღი | წონა კგ, სიმაღლე სმ. | კონტური | |
| პრემედიკაციის ეფექტი: დამაკმ. | | სანარკოზე აპარატი | |
| არადაამაკმ. | | | |
| ი/ვ ინფუზია, ვ/პუნქცია, ვ/სექცია ხელი, ფეხი, მარჯვენა, მარცხენა მაგისტრალური ვენის კათეტერიზაცია გასტრალური ზონდი N ენდოტრაქეული მილი N | | | |
| პირობითი აღნიშვნები | | | |
| დროი _____→ | | | |
| | T/A Ps | | |
| Sol. Atropini 0,1% | 180 | | |
| | 170 | | |
| Sol. Diazepami | 160 | | |
| | 150 | | |
| Sol. Na thiopentali | 140 | | |
| | 130 | | |
| Sol. Droperidoli 0,25% | 120 | | |
| | 110 | | |
| Sol. Phentanyli 0,005% | 100 | | |
| | 90 | | |

გაუტკივარების ოქმი

“-----“ “-----“ 200 წ

პაციენტის სახელი, გვარი -----

ბარათის ნომერი ----- განყოფილება ----- პალატის ნომერი -----

გაუტკივარების აღწერა (პრემედიკაცია, შესავალი ნარკოზი, ტრაქეის ინტუბაციის მეთოდი, ძირითადი ნარკოზის მსლელობა, გართულებები და მათი დეტალური აღწერა, ნარკოზიდან გამოსვლის აღწერა, ექსტუბაცია, პოსტოპერაციულ პალატაში გადაყვანისას პაციენტის მდგომარეობა და დრო, აღმოცენებული გართულებების დეტალური აღწერა, უახლოესი პოსტოპერაციული პერიოდის დახასიათება, გახარჯული სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების დოზა და რაოდენობა):

ექიმი ანესთეზიოლოგის სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა -----

ექთანი ანესთეზისტის სახელი გვარი ----- ხელმოწერა -----

დანართი 6

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-5/ა დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის _____ N ----- ბრძანებით

პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი

ბარათის ნომერი

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

| N | პაციენტის მომზადება | თარიღი | დრო | პრემედიკაცია | | |
|----|--|--------|-----|--------------|--------|-----|
| | | | | მედიკამენტი | თარიღი | დრო |
| 1. | დიეტა | | | | | |
| 2. | ქვ. კიდურებზე ელასტიური ბანდის დახვევა | | | | | |
| 3. | მედიკამენტი | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

მორიგე ექთანი _____ ხელმოწერა _____
 სახელი, გვარი

თარიღი _____

ზოგადი ანესთეზიის სქემა

ანესთეზიოლოგის _____ ხელმოწერა _____
 სახელი, გვარი

თარიღი _____

დანართი 7

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-6/ა დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
 ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის _____ N _____ ბრძანებით

ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

| | | | | | |
|--------------------------|------|--------|--------|---------------------|------------------------|
| თარიღი: | დრო: | ასაკი: | სქესი: | წონა: კგ. | სიმაღლე: სმ. |
| წინასწარი დიაგნოზი _____ | | | | | |

ოპერაცია: _____

ინტუბაცია (მალამპატი)

პროთეზი:

ანამნეზი:

ალერგია:

მედიკამენტური დამოკიდებულება:

მანე ჩვევები: თამბაქო: ალკოჰოლი: ნარკოტიკები: სხვა:

დაავადებები:

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა:

სასუნთქი სისტემა:

ენდოკრინული სისტემა:

ნერვული სისტემა:

შარდ-გამომყოფი სისტემა:

საჭმლის მომნელებელი სისტემა:

საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი:

წარსულში ჩატარებული ანესთეზიები:

ოჯახური ანამნეზი:

საკვების/სითხის ბოლო მიღების დრო:

სხვა:

ფიზიკალური გამოკვლევა:

T/AmmHg

PSცკ/წთ

R'წთ

t°C:

გული:

| | |
|--------------------------|-----------|
| ფილტვები: | |
| ნევროლოგიური სტატუსი: | |
| გაუტკივარების რისკი ASA: | შენიშვნა: |

ექიმ ანესთეზიოლოგის სახელი გვარი _____ ხელმოწერა _____

დანართი 8

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-7/ა დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის _____ N _____ ბრძანებით

პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი

პ ა ც ი ე ნ ტ ი ს ს ა ყ უ რ ა დ ლ ე ბ ო დ

თქვენს მიერ ექიმისთვის მიწოდებულმა არასწორმა ინფორმაციამ შესაძლებელია საფრთხე შეუქმნას ოპერაციის შედეგს და თქვენს ჯანმრთელობას. მოწოდებული ინფორმაცია არის კონფიდენციალური.

გვარი, სახელი _____ თარიღი _____
 ბარათის ნომერი _____
 განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

პასუხი შემოხაზეთ

| | | |
|--|------|-----|
| 1. გაქვთ თუ არა ტკივილი გულის არეში | დიახ | არა |
| _ დატვირთვის დროს | დიახ | არა |
| _ მოსვენების დროს | დიახ | არა |
| _ ღამით | დიახ | არა |
| 2. გაქვთ თუ არა ქოშინი (ჰაერის უკმარისობა) | დიახ | არა |
| _ კიბეზე ასვლისას | დიახ | არა |
| _ მოსვენებით მდგომარეობაში | დიახ | არა |
| _ ღამით | დიახ | არა |
| 3. გაქვთ თუ არა არითმია | დიახ | არა |
| 4. გაწუხებთ თუ არა მაღალი არტერიული წნევა | დიახ | არა |
| 5. გაქვთ თუ არა გადატანილი გულ-სისხლძარღვთა სისტემასთან დაკავშირებული დაავადებები (ჩამოთვალეთ) | დიახ | არა |
| | | |
| | | |
| | | |
| 6. გაქვთ თუ არა თავის ტკივილი | დიახ | არა |
| _ თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა გულისრევის შეგრძნება | დიახ | არა |
| _ თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა ღებინება | დიახ | არა |
| _ თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა შუილი ყურებში | დიახ | არა |
| _ თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა თავბრუსხვევა | დიახ | არა |
| 7. გქონიათ თუ არა გონების დაკარგვის ეპიზოდები | დიახ | არა |
| 8. გაქვთ თუ არა მხედველობის პრობლემები | დიახ | არა |

| | | |
|---|------|-----|
| _ გაქვთ თუ არა გლაუკომა | დიახ | არა |
| _ გაქვთ თუ არა მიოპია (ახლომხედველობა) | დიახ | არა |
| 9. გაქვთ თუ არა პრობლემები პირის ღრუს მხრივ | დიახ | არა |
| _ გაქვთ თუ არა მერყევი კბილები | დიახ | არა |
| _ გაქვთ თუ არა პროთეზი | დიახ | არა |
| _ გაქვთ თუ არა მოსახსნელი პროთეზი | დიახ | არა |
| 10. გაქვთ თუ არა ყლაპვის გამძლეობა | დიახ | არა |
| 11. გაქვთ თუ არა ყელის ტკივილი | დიახ | არა |
| 12. გაქვთ თუ არა ხველა | დიახ | არა |
| _ სისხლიანი ნახველით | დიახ | არა |
| _ მოყვითალო ფერის ნახველით | დიახ | არა |
| 13. გაქვთ თუ არა ბრონქული ასთმის მოვლენები | დიახ | არა |
| 14. გადატანილი გაქვთ თუ არა ფილტვების ანთება ან პლევრიტი | დიახ | არა |
| 15. გაქვთ თუ არა ტკივილი მუცლის არეში | დიახ | არა |
| 16. გაქვთ თუ არა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება | დიახ | არა |
| 17. გქონიათ თუ არა შავი ფერის განავალი | დიახ | არა |
| 19. გაქვთ თუ არა ბოყინი, გულმძარვა, სლოკინი | დიახ | არა |
| 20. გაქვთ თუ არა თირკმლის დაავადება | დიახ | არა |
| 21. გაქვთ თუ არა ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება | დიახ | არა |
| 22. გაქვთ თუ არა ტკივილი წელის არეში | დიახ | არა |
| 23. გაქვთ თუ არა შარდვის გამძლეობა | დიახ | არა |
| 24. გაქვთ თუ არა ხშირი შარდვა | დიახ | არა |
| 25. გაქვთ თუ არა ბუასილი | დიახ | არა |
| 27. გაქვთ თუ არა ვენების ვარიკოზული გაგანიერება | დიახ | არა |
| 28. გაქვთ თუ არა დიაბეტი | დიახ | არა |
| 29. გაქვთ თუ არა ფარისებური ჯირკვლის დაავადებები | დიახ | არა |
| 30. გაქვთ თუ არა კანის დაავადებები | დიახ | არა |
| 31. გაქვთ თუ არა სასქესო ორგანოების დაავადებები | დიახ | არა |
| 32. გაქვთ თუ არა ვენერული დაავადებები | დიახ | არა |
| 33. გაქვთ თუ არა ალერგია მედიკამენტებზე | დიახ | არა |
| _ მედიკამენტის დასახელება | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 34. გაქვთ თუ არა სეზონური ალერგია | დიახ | არა |
| 35. გაქვთ თუ არა ალერგია კვების პროდუქტებზე | დიახ | არა |
| 36. ღებულობთ თუ არა მედიკამენტებს | დიახ | არა |
| _ მედიკამენტის დასახელება | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 37. ჩამოთვალეთ თქვენს მიერ გადატანილი დაავადებები | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|---|------|-----|
| 38. ინფიცირებული ხართ თუ არა აივ-ინფექციით | | |
| 39. გაქვთ თუ არა გადატანილი ჰეპატიტი (A, B ,F), ტუბერკულოზი | დიახ | არა |
| 40. მიღებული გაქვთ თუ არა თავის ქალას ტრავმა | დიახ | არა |
| 41. ეწევით თუ არა თამბაქოს | დიახ | არა |
| 42. ეტანებით თუ არა ალკოჰოლს | დიახ | არა |
| 43. იღებთ თუ არა ნარკოტიკებს | დიახ | არა |
| 44. უჩივით თუ არა უძილობას | დიახ | არა |

პაციენტის ხელმოწერა _____

დანართი 9

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-8/ა დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის _____ N _____ ბრძანებით

პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე

ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე წარმოადგენს დოკუმენტს, რომელშიც პაციენტი, პაციენტის ნათესავი, ან მისი კანონიერი წარმომადგენელი (მეურვე ან ნდობით აღჭურვილი პირი) ადასტურებენ, რომ მათ სრულფასოვნად გააცნობიერეს მკურნალობის აუცილებლობა, მისი მეთოდები, პოტენციური რისკი, შესაძლო გართულებები, ოპერაციის შემდგომი და რეაბილიტაციური პერიოდის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა და თავისებურებები.

შენიშვნა:

ა) თუ, პაციენტი საღ გონებაზეა, ადექვატურია, თანხმობას უშუალოდ თვითონ აწერს ხელს;

ბ) თუ, პაციენტი უკონტაქტოა ან არაადექვატურია, თანხმობას ხელს აწერს პაციენტის ნათესავი, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი;

პაციენტის გვარი, სახელი _____ სქესი: _____ ასაკი: _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

მისამართი _____

_____ ტელეფონის N: _____

პირადობის დამადასტურებელი საბუთი: _____

ოპერაციის წინა დიაგნოზი _____

ოპერაციის დასახელება _____

ოპერატორი: _____

ანესთეზიოლოგი: _____

ზოგადი ინფორმაცია გაუტკივარების შესახებ

ანესთეზიოლოგია გულისხმობს არა მხოლოდ გაუტკივარებას, არამედ ავადმყოფთა უსაფრთხოებას ქირურგიული მკურნალობის ძირითად ეტაპებზე ანუ პაციენტების შემოწმებას, კონსულტირებას და მომზადებას ანესთეზიისათვის, გაუტკივარებას ოპერაციასა და მის შემდგომ პერიოდში, ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგს და მართვას (გარეგანი სუნთქვა და რესპირატორული თერაპია, გულ-სისხლძარღვთა A სისტემა, ძილი, ფსიქო-ემოციური სტატუსი და სხვა), პოსტოპერაციული პერიოდის მართვას.

არსებობს გაუტკივარების შემდეგი სახეები: ზოგადი, რეგიონული და ადგილობრივი.

ზოგადი ანესთეზია არის ინტრავენური და ინჰალაციური.

ინტრავენური ანესთეზიის დროს პაციენტის ვენაში შეჰყავთ პრეპარატი, რომელიც იწვევს გაუტკივარებას და თრგუნავს პაციენტის ცნობიერებას. იგი გამოიყენება მცირე და საშუალო მასშტაბის ოპერაციებში დროს. იგივე შედეგი შეიძლება მიღწეულ იქნეს ინჰალაციური ანესთეზიით, როდესაც პაციენტს ნიდ-ბით ან საინტუბაციო მილის საშუალებით მიეწოდება ინჰალაციური ანესთეტიკი. რიგ შემთხვევაში ტარ-დება ზოგადი კომბინირებული ანესთეზია, რაც გულისხმობს ინტრავენური

და ინჰალაციური ანესთეზიის კომბინაციას. ზოგადი ანესთეზია გამოიყენება ფართომასშტაბიანი ოპერაციების დროს.

რეგიონალური გაუტკივარების მეთოდებს შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია სპინალურ და პერიდურალურ ანესთეზიას, რომლის დროსაც ზურგის ტვინის არეში შეჰყავთ სხვადასხვა ხანგრძლივობის მოქმედების ანესთეტიკები, რაც იწვევს ტკივილის, შეხების და ზოგიერთ შემთხვევაში შეყვანის ადგილიდან ქვევით, მოძრაობის დროებით გამოთიშვას. სპინალურ ანესთეზიას ზოგ შემთხვევაში ემატება ინტრავენური სედაცია და პაციენტს ოპერაციის დროს სძინავს. მიუხედავად პაციენტების დიდი შიშისა, ამ სახის ანესთეზიის დროს, ზურგის ტვინის და მისგან გამომავალი ნერვების დაზიანება თითქმის გამორიცხულია.

გაუტკივარების შესაძლო გართულებები

მიუხედავად სრულფასოვნად ჩატარებული გაუტკივარებისა, არსებობს მოსალოდნელი გართულებების ალბათობა. ნებისმიერი სახის გაუტკივარება დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან. სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი გაუტკივარების დროს შეადგენს 1:10000. ზოგადად, გაუტკივარების გამოსავალი არის კარგი, თუმცა მოსალოდნელია გარკვეული გართულებები, რომელთა რიცხვს განეკუთვნება:

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

ინსულტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა ან ცერებროვასკულარული დაავადებები

ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია

ასპირაციული პნევმონია, რომელიც შეიძლება განვითარდეს გადაუდებელი ოპერაციის, სავსე კუჭის და მუცლისშიდა წნევის მაღალი მაჩვენებლების (ორსულობის ან ნაწლავთა გაუვალობის) დროს

ავთვისებიანი ჰიპერთერმია, რომელს დიაგნოსტიკა წინასაოპერაციო პერიოდში ძალიან მწელია

გაუთვალისწინებელი ალერგიული რეაქციები მედიკამენტებსა და სისხლის კომპონენტებზე

ნერვის შექცევადი ან შეუქცევადი დაზიანება რეგიონული გაუტკივარების დროს

პნევმონია ან ატელექტაზი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს იმ პაციენტებში, რომლებსაც წარსულში დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოვლინდა სასუნთქი გზების ინფექციები

კბილების, ღრძილის, ტუჩების ან პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება გაუტკივარების პროცედურების ჩატარების დროს

ყელის ტკივილი, ხმის ჩახლეჩა გახანგრძლივებული ოპერაციების დროს

სხვა მოულოდნელი შემთხვევითი დაზიანება, რომელიც ვერ იქნება ნავარაუდები გაუტკივარების დაწესებულ

ოპერაციის ჩასატარებლად არჩეული გაუტკივარების მეთოდი

| | |
|-----------------------------------|--|
| ზოგადი ბალანსირებული გაუტკივარება | ინჰალაციური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით |
| სპინალური გაუტკივარება | ტოტალური ინტრავენური გაუტკივარება |
| ეპიდურული გაუტკივარება | ტოტალური ინტრავენური გაუტკივარება სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით |
| გამტარებლობითი გაუტკივარება | სხვა _____ |

დამატებითი შენიშვნები გაუტკივარების შესაძლო გართულების შესახებ:

ექიმი ანესთეზიოლოგი: _____

თანხმობა გაუტკივარებაზე:

მე, _____
(პაციენტი ან მისი თანმხლები პირი – მითითოს პაციენტთან კავშირი)

მცხოვრები: _____
(მისამართი)

პირადობის მოწმობა: _____
N _____ პირადი N _____

ვადასტურებ, რომ:

1. ანესთეზიოლოგმა მომაწოდა სრული ინფორმაცია მოსალოდნელი გაუტკივარების და ოპერაციის წინა მომზადების შესახებ. საკვების მიღება უნდა შეწყდეს _____ სთ-ზე. მე მზად ვარ შევასრულო აღნიშნული მითითება
2. მივაწოდე ინფორმაცია ექიმს, ჩემთვის ცნობილი ყველა გადატანილი დაავადების და მედიკამენტების ან საკვების მიმართ ალერგიული რეაქციის შესახებ
3. მქონდა შესაძლებლობა ანესთეზიოლოგთან მემსჯელა მოსალოდნელი გაუტკივარების შესახებ და მივიღე პასუხი ჩემთვის საინტერესო ყველა კითხვაზე
4. მქონდა საკმარისი დრო გადაწყვეტილების მისაღებად და ალტერნატიული აზრის მოსმენის საშუალება
5. საკუთარი ნებით, ყოველგვარი ზეწოლის გარეშე, ანესთეზიოლოგს უფლებას ვაძლევ ჩამიტაროს შესაბამისი გაუტკივარება
6. თანახმა ვარ ჩამიტარდეს ქირურგიული ჩარევა მითითებულ პირობებში და ანესთეზიოლოგმა საჭიროებისამებრ გამოიყენოს დამატებითი მეთოდები, მათ შორის განახორციელოს ჰემოტრანსფუზია, რომლის შესაძლო გართულებებსაც ვაცნობიერებ
7. უფლებას ვაძლევ ანესთეზიოლოგს საკუთარი შეხედულებისამებრ ჩართოს გაუტკივარებაში ექთა-ნი, სანიტარი და სხვა საჭირო პერსონალი
8. ვიტოვებ უფლებას, ანესთეზიის დაწყებამდე ნებისმიერ დროს, გავაუქმო აღნიშნული ხელშეკრულება
9. გავცანი აღნიშნულ დოკუმენტს და ჩემთვის ყველაფერი ნათელია.
10. აღნიშნულ ხელშეკრულებას ხელს ვაწერ საკუთარი ნებითა და ნათელი ცნობიერებით.
11. ინფორმირებული ვარ, რომ აღნიშნული ხელშეკრულება ძალაშია 72 საათის განმავლობაში

თანხმობას ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე და ანესთეზიოლოგად ვირჩევ

უარს ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე (აღინიშნოს მიზეზი)

პაციენტის (ან პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი

ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირის ხელმოწერა _____

თარიღი: _____

დრო: _____

დანართი 10

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-9/ა დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის _____ N _____ ბრძანებით

პაციენტის პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი

ბარათის ნომერი

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

| ანალიზი | თ ა რ ი დ ი | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| | „...“..... 200. .წ | | | | | | | | | | „...“..... 200. .წ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| კოაგულოგრამა | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| შაქარი | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ელექტროლიტები | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T/A კქჩჰ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| t0C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| სუნთქვა | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობა | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| დეჰიდრატაცია | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| დრენაჟიდან გამოყოფილი სითხის რაოდენობა | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| დიურეზი | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| დანიშნულება | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

მორიგე ექიმის _____ ხელმოწერა _____
სახელი, გვარი

მორიგე ექთანის _____ ხელმოწერა _____
სახელი, გვარი

პაციენტის თანხმობა

სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე

მე -----

(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სისხლის და მისი კომპონენტების გადასხმის შესახებ.

მკურნალმა ექიმმა გამაცნო გადასხმის მიზანი, მისი აუცილებლობა, ხასიათი და პროცედურის თავისებურებანი, გადასხმის Fშემდეგ შესაძლო რეაქციები და გართულებები, რომლის განვითარების შემთხვევაში თანახმა ვარ ყველა საჭირო სამედიცინო ჩარევაზე. ასევე ჩემთვის ცნობილია დაავადების მიმდინარეობა სისხლის და მისი კომპონენტების გადასხმაზე უარის შემთხვევაში.

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

გაესაუბრა ექიმმა ----- ხელმოწერა -----

(სახელი, გვარი)

„-----“ ----- 200___ წელი

პაციენტი თანახმაა შეთავაზებულ მკურნალობაზე რაზედაც

პირადად აწერს ხელს ----- (პაციენტის ხელის მოწერა) -----

(სახელი, გვარი)

ნათესავის ან კანონიერი

წარმომადგენლის -----

(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა ----- (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

პაციენტი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რასაც ადასტურებს

საკუთარი ხელის მოწერით _____ (პაციენტის ხელის მოწერა) _____
(სახელი, გვარი)

ნათესავის ან კანონიერი
წარმომადგენლის _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა _____ (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

დანართი 12

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-11/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის _____
N _____ ბრძანებით

სისხლის და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ოქმი

პაციენტის გვარი, სახელი ბარათის ნომერი

განყოფილება პალატის ნომერი

სისხლის ჯგუფი რეზუს – ფაქტორი ანალიზის N გადასხმის თარიღი

სისხლის ანალიზის ჩატარების თარიღი

ტრანსფუზიის ჩვენება: მწვავე სისხლდენა, ტრავმული შოკი საშუალო ან ძლიერი სისხლდენით,
სხვადასხვა წარმოშობის ანემია, ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია (ხაზი
გაესვას),

სხვა

სატრანსფუზიო საშუალება: კონსერვირებული სისხლი, ერთროციტული მასა, გარეცხილი
ერთროციტები, ლეიკოციტური მასა, Bჩდ – ერთროციტები თრომბოკონცენტრატი, პლაზმა
(ნატიური, ახლადგაყინული) _____

გადასხმის მეთოდი: წვეთოვნად წვ. წუთში, ნაკადით, სხვა..... რაოდენობა.....

საპასპორტო მონაცემები: ეტიკეტის N..... დამზადების თარიღი..... სისხლის კომპონენტის
დასახელება _____

ჯგუფობრიობა..... რეზუს კუთვნილება..... დონორის გვარი/კოდი.....

დამამზადებელი ორგანიზაცია

ტრანსფუზიული

ანამნეზი:.....

სამეანო

ანამნეზი:.....

სისხლის ჯგუფობრიობის საკონტროლო გამოკვლევების შედეგები

პაციენტის სისხლის ჯგუფი:დონორის სისხლის ჯგუფი:

ჯგუფობრიობის განსაზღვრა ნაწარმოებია მონოკლონების თითო სერიით

ანტი A..... ანტი B..... ანტი AB ანტიD.....

ინდივიდუალური შეთავსების საკონტროლო გამოკვლევების შედეგები

ჯგუფობრიობაზე რეზუსზესამჯერადი ბიოლოგიური სინჯი
.....

ტრანსფუზია დაიწყოსთ. წუთზე, PTAtR
.....

ტრანსფუზია დამთავრებასთ. წუთზე, PTA tR
.....

ტრანსფუზიის შემდგომი მეთვალყურეობა

15 წუთის შემდეგ PTA t R

1 საათის შემდეგ PთA t R

2 საათის შემდეგ PTA t R

რეაქცია ან გართულება ტრანსფუზიის დროს ან მის შემდეგ _____

ექიმის გვარი, სახელი.....ხელმოწერა _____ თარიღი_____

დანართი 13

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-12/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის _____N ---- ბრძანებით

**პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო
მომსახურების გაწევაზე**

მე

.....

5. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ:

6. ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ:

პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა სხვა საინტერესო შეკითხვაზე.

ექიმი ----- ხელმოწერა _____
(სახელი, გვარი)

„-----“ ----- 200 __წ.

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის -----

(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა ----- (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

პაციენტი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რასაც ადასტურებს

ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

პაციენტის მდგომარეობის დინამიკა: _____

პაციენტის შემდგომი მართვის ტაქტიკა და პროგნოზი: _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____

დანართი 16

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-15/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის _____ N ---- ბრძანებით

წინასაოპერაციო ეპიკრიზი

პაციენტის გვარი, სახელი _____

განყოფილება _____ ბარათის ნომერი _____

ჩივილები _____

დაავადების დინამიკა _____

ობიექტური მონაცემები (მოკლედ) _____

კლინიკურ _ დიაგნოსტიკური გამოკვლევების შედეგები _____

კლინიკური დიაგნოზი _____

ოპერაციული მკურნალობის ჩვენება _____

ოპერაციული მკურნალობის მიზანი და ამოცანები _____

ოპერაციის გეგმა _____

ოპერაციის მსლელობისას მოსალოდნელი ტექნიკური სირთულეები _____

მოსალოდნელი პოსტოპერაციული გართულებები _____

პოსტოპერაციული გართულებების პრევენცია _____

მკურნალი ექიმის _____ ხელმოწერა _____ თარიღი _____
(სახელი, გვარი)

განყოფილების გამგის _____ ხელმოწერა _____ თარიღი _____
(სახელი, გვარი)

დანართი 17

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-16/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ N ---- ბრძანებით

ოპერაციის პროტოკოლი N

პაციენტის გვარი, სახელი _____

განყოფილება _____ ბარათის ნომერი _____

ოპერაციის დასახელება _____

გაუტკივარების სახეობა _____

ოპერაციის დაწყების თარიღი, დრო _____

ოპერაციის დასრულების თარიღი, დრო _____

ოპერაციის აღწერა:

პაციენტის მდებარეობა საოპერაციო მაგიდაზე _____

საოპერაციო არის დამუშავება _____

საოპერაციო მიდგომა _____

(საოპერაციო განაკვეთის არე,

გა

ნაკვეთის ზომა, მიმართულება,

გა

ნაკვეთის შრეები)

ოპერაციისას გამოვლენილი პათოლოგიური ცვლილების აღწერა _____

ინტრაოპერაციული დიაგნოზი _____

ოპერაციის მსვლელობისას თანმიმდევრობითი აღწერა _____

ჩატარებულია თუ არა ჭრილობის ჰემოსტაზი, ჭრილობაში (დრუში) დატოვებული ტამპონების და დრენაჟების რაოდენობა, მათი კანში გამოტანის ადგილების მითითებით _____

ბანდისა და ინსტრუმენტების საკონტროლო დათვლა _____

ოპერაციის დასრულება (ნაკერების ტიპი, ნახვევი) _____

ამოკვეთილი მაკროპრეპარატის აღწერა, მათი გაგზავნის ადგილი _____

ოპერატორი _____ ხელმოწერა _____
(სახელი, გვარი)

თარიღი _____

დანართი 18

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-301/ა დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის _____ N ---- ბრძანებით

სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალი

| N | შემოსვლა | | გვარი, სახელი, მამის სახელი | ასაკი | მისამართი | ვინ გამოგზავნა პაციენტი ან ვის მიერ არის მიყვანილი | განყოფილება რომელშიც განთავსდა პაციენტი |
|---|----------|-----|-----------------------------|-------|-----------|--|---|
| | თარიღი | დრო | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| პაციენტის სტაციონარული ბარათის N | გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზი | გაწერა, გადაყვანილი იქნა სხვა სტაციონარში, გარდაიცვალა (ჩაიწეროს და აღინიშნოს თარიღი და სტაციონარის დასახელება სადაც იქნა გადაყვანილი) | ნათესავისთვის (ან კანონიერი წარმომადგენლისათვის) ან დაწესებულებისათვის ჰოსპიტალიზაციის შესახებ მიწოდებული ინფორმაციის აღწერა | თუ არ იქნა ჰოსპიტალიზირებული მიზეზი და მიღებული ღონისძიებები | შენიშვნები |
|----------------------------------|------------------------------------|--|--|--|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |