

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 N37/6)

## **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 საავადმყოფოს 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 შრომისუუნარობის ფურცლის გაცემის შესახებ, აკეთებს მკურნალი ექიმი დადგენილი წესების შესაბამისად.

6. გეგმიური პაციენტი უნდა გაისინჯოს 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.

6<sup>1</sup>. მიმღები (მორიგე) ექიმი უფლებამოსილია, ქალთა მიმართ ძალადობის და/ან სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი პაციენტის ამოცნობა/შეფასების და შესაბამისი დოკუმენტირების უზრუნველყოფის მიზნით, პაციენტის მიერ მის მიმართ განხორციელებული ფიზიკური, სექსუალური და/ან სხვა სახის ძალადობის ფაქტის

გამჟღავნებისას და/ან საექვო დაზიანებების არსებობის შემთხვევაში, სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათთან ერთად შეავსოს „გენდერული ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირების“ ფორმა №IV-300/ზ (დანართი №11) (შემდგომში – დოკუმენტირების ფორმა). დოკუმენტირების ფორმა ივსება შემდეგი პრინციპის გათვალისწინებით: *(9.01.2018 N 01-2/ზ პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის ამოქმედდეს 2018 წლის 1 თებერვლიდან 11/12/2018 N 01-54/ზ)*

ა) პაციენტი ამჟღავნებს ისტორიას ძალადობასთან დაკავშირებით (თვითიდენტიფიცირება) ან სამედიცინო შემოწმებისას ვლინდება ძალადობასთან ასოცირებული კლინიკური სიმპტომები (შფოთვითი აშლილობები, სუციდური ქცევა, დეპრესია, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და მისთ.) ან ნიშნები (საექვო დაზიანებები, დაღურჯებები, ჭრილობები, წყლულები, ნაკბენები, დამწვრობები განსაკუთრებით მკლავებსა და სახეზე და ა.შ.);

ბ) პაციენტი ექიმთან იმყოფება მართო და შეუძლია კომუნიკაცია ექიმისათვის გასაგებ ენაზე (თარჯიმნის საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს უნდა გაეწიოს პირველადი დახმარება და შემდგომი გამოკითხვა-გასინჯვა შეწყდეს კომუნიკაციის დამყარებამდე);

გ) ფიზიკური და სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირებისას ძალადობის ნიშნების შემოწმება-გასინჯვა ხორციელდება პაციენტის თანხმობით (№11 დანართის (ფორმა-№IV-300/ზ) მე-5 და მე-6 პუნქტებზე ხელმოწერით) თავიდან ფეხებამდე პრინციპით, ჯერ სხეულის ტანსაცმლით დაუფარავი ნაწილების, ხოლო შემდეგ დაფარული ნაწილების გულმოდგინედ დათვალიერებით. აღმოჩენილი დაზიანების შემთხვევაში, ისინი დატანილი უნდა იქნეს სხეულის რუკაზე და აღიწეროს დაწვრილებით.

62. სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი პაციენტის მიერ არასასურველი ორსულობის ან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (სგგდ) თავიდან აცილების მიზნით, ძალადობიდან უმოკლეს ვადაში (ძალადობის ფაქტიდან 72 საათის განმავლობაში, ხოლო თუ მომართვის მომენტისთვის 72 საათი გასულია, ფაქტიდან 5 დღის განმავლობაში), მომსახურების მისაღებად ივსება შესაბამისი ველები, რომელიც მოიცავს ამ შემთხვევაში გასატარებელი ღონისძიებების ჩამონათვალს შესაბამისი ვადების მითითებით (№11 დანართის (ფორმა №IV-300/ზ) მე-9 პუნქტი). *(9.01.2018 N 01-2/ზ პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის ამოქმედდეს 2018 წლის 1 თებერვლიდან 11/12/2018 N 01-54/ზ)*

6<sup>3</sup>. სექსუალური ძალადობის მსხვერპლისათვის სამედიცინო მომსახურების მისაწოდებლად, ასევე, ივსება ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა სექსუალური ძალადობის დიაგნოზის კოდისა (ICD2 კოდის T74.2) და დოკუმენტირების ფორმით (№11 დანართის (ფორმა - №IV-300/ბ) მე-8 და მე-9 პუნქტები) გათვალისწინებული შესაბამისი ღონისძიების მითითებით. (9.01.2018 N 01-2/5 პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის ამოქმედდეს 2018 წლის 1 თებერვლიდან 11/12/2018 N 01-54/5)

6<sup>4</sup>. პაციენტის რეფერირების განსახორციელებლად დოკუმენტირების ფორმაში უნდა მიეთითოს (მოინიშნოს) ვიზიტის შედეგი (№11 დანართის (ფორმა - №IV-300/ბ) მე-10 პუნქტი: დარჩა სტაციონარში; გადამისამართდა ამბულატორიულ დაწესებულებაში; გაეწერა ბინაზე; გაეწია გადაუდებელი პოსტკოიტალური ინტერვენცია (სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში); პაციენტი გარდაიცვალა; სხვა) და მე-11 პუნქტი: სხვა ინტერვენცია შეტყობინება პოლიციაში 112; ინფორმაციის მიწოდება ძალადობისგან დაცვის საკონსულტაციო ცხელი ხაზის (116 006) და ეროვნული რეფერალური მექანიზმის შესახებ; სხვა). (9.01.2018 N 01-2/5 პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის ამოქმედდეს 2018 წლის 1 თებერვლიდან 11/12/2018 N 01-54/5)

6<sup>5</sup>. დოკუმენტირების ფორმას ხელს აწერს ექიმი, რომელმაც უშუალოდ შეავსო დოკუმენტირების ფორმა და ასევე დამსწრე კოლეგა ექიმი ან ექთანნი. (9.01.2018 N 01-2/5 პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის ამოქმედდეს 2018 წლის 1 თებერვლიდან 11/12/2018 N 01-54/5)

6<sup>6</sup>. მიმღები (მორიგე) ექიმი უფლებამოსილია, ძალადობის მსხვერპლი ბავშვის ამოცნობა/შეფასების, რეფერირებისა და შესაბამისი დოკუმენტირების უზრუნველყოფის მიზნით, ბავშვის მიმართ განხორციელებული ძალადობის ეჭვის, საფუძვლიანი ეჭვისა და დადასტურებულ შემთხვევაში, სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათთან ერთად შეავსოს „ბავშვის მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირების“ ფორმა – №IV-300/გ (დანართი №12) (შემდგომში – დოკუმენტირების ფორმა). დოკუმენტირების ფორმა ივსება შემდეგი პრინციპის გათვალისწინებით: (17.09.2019 N01-64/5 პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე)

ა) დოკუმენტირების ფორმა შეიცავს კონფიდენციალურ ინფორმაციას და ივსება 18 წლამდე პაციენტების შემთხვევაში. ფორმა შედგება 11 პუნქტისგან. აღნიშნული პუნქტებიდან ყველა პუნქტის შევსება სავალდებულოა, გარდა მე-5 პუნქტისა. აღნიშნული ივსება მხოლოდ სექსუალურ ძალადობაზე ექვის შემთხვევაში;

ბ) დოკუმენტირების ფორმა ივსება იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვის გასინჯვისას სახეზეა ფიზიკური, ემოციური და ქცევითი ნიშნები და ფაქტორები, რომელთა არსებობა ძალადობის ან უგულვებელყოფის დაშვების შესაძლებლობას იძლევა, კერძოდ:

ბ.ა) ბავშვზე სხეულის დაზიანების ნიშნების არსებობა (სხვადასხვა ფერის სილურჯები, სხვადასხვა ხარისხის ჭრილობები და ნაკაწრები, იარები, გამწვანებული სიარული, სხეულის შემუპებული ნაწილები, მოტეხილობები, დამწვრობის კვალი, კოპები და სხვა სახის დაზიანებები);

ბ.ბ) ბავშვი იქცევა საეჭვოდ (აღზნებულია, დათრგუნულია, აქვს შიშები, არ უნდა სახლში დაბრუნება, რადიკალურად შეეცვალა ხასიათი და სხვ.);

ბ.გ) ბავშვი არ დადის ან/და არარეგულარულად დადის საგანმანათლებლო ან/და სკოლისგარეშე სახელოვნებო ან/და სასპორტო საგანმანათლებლო დაწესებულებაში;

ბ.დ) ბავშვი არ არის რეგისტრირებული ან ბავშვს არ აქვს დაბადების მოწმობა, აგრეთვე არ არის პედიატრის/ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ;

ბ.ე) ბავშვი მოუვლელია, მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ფიზიკურ განვითარებაში, ბავშვს აქვს მოუწესრიგებელი გარეგნული იერსახე – უსუფთაო სახე და სხეული, აცვია ჭუჭყიანი ან/და სეზონისთვის შეუფერებელი ტანსაცმელი, იკვებება საჭმლის ნარჩენებით;

ბ.ვ) ასაკის შეუფერებლად დროს ატარებს უმეთვალყურეოდ, საცხოვრებელი გარემო შეიცავს საფრთხეებს ბავშვის ჯანმრთელობისა და განვითარებისთვის, ცხოვრობს ბავშვთა ჯგუფის სხვა წევრებთან ერთად;

ბ.ზ) ჩართულია ისეთ შრომით საქმიანობაში, მათ შორის, წვრილმან ვაჭრობაში, რომელიც იწვევს მისი საბაზისო უფლებების (განათლების, ჯანსაღი ფიზიკური და მენტალური განვითარების) შეზღუდვას;

ბ.თ) ბავშვი გამოყენებულია და ჩაბმულია მისი ასაკისათვის შეუფერებელ სამუშაოში ან/და ანტისაზოგადოებრივ საქმიანობაში (ითხოვს მოწყალეობას/მათხოვრობს, არაგონივრულად დიდ დროს ატარებს ქუჩაში);

ბ.ი) ბავშვი ხშირად გადაადგილდება უცხო პირთან/პირებთან ერთად ნათესავის ან ახლობლის გარეშე ან იმყოფება უცხო პირების მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ ან/და უწევს მათ მომსახურებას;

ბ.კ) ბავშვის სათამაშოები, საწოლი, ტანისამოსი ან სხვა ნივთები აღმოჩენილია შეუფერებელ ადგილებში (მათ შორის, ქარხანა ან/და სხვ.), ადამიანით ვაჭრობისათვის (ტრეფიკინგისათვის) რისკის შემცველ დაწესებულებებში;

ბ.ლ) ნებისმიერი სხვა ფაქტორი, რომელიც შესაძლოა მიუთითებდეს ბავშვზე ძალადობაზე.

67. №12 დანართის პირველი პუნქტი (ზოგადი ინფორმაცია) მსხვერპლის შესახებ მოიცავს: „ბავშვის მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირების“ ფორმის შევსების რიცხვს, თვეს, წელს, ექიმის სახელს, გვარს, ინფორმაციას იმ პირის შესახებ, ვის მიერაც არის პაციენტი გადმომისამართებული, პაციენტის ზოგად მდგომარეობას, დიაგნოზს შემოსვლისას). (17.09.2019 N01-64/ნ პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე)

68. №12 დანართის მე-2 პუნქტში (ინფორმაცია ძალადობაგანცდილი პაციენტის შესახებ) ივსება პაციენტის სახელი, გვარი, ასაკი, სქესი, დაბადების თარიღი, დაბადების ადგილი, ტელეფონი, პაციენტის საცხოვრებელი მისამართი პაციენტის მშობლის/მეურვის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი, საკონტაქტო მონაცემები; სხვა თანხმლები პირის (არსებობის შემთხვევაში) სახელი, გვარი, პირადი ნომერი, საკონტაქტო მონაცემები. (17.09.2019 N01-64/ნ პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე)

69. №12 დანართის მე-3 პუნქტში (ძალადობის ეჭვის წყარო, რისკების შეფასება) შესაბამის ველებში უნდა მიეთითოს: ბავშვის ქცევა, მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის/სხვა პასუხისმგებელი პირის არაადეკვატური ქცევა და სხვა საექვო ფაქტორები. (17.09.2019 N01-64/ნ პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე)

610. ფიზიკური და სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირებისას (№12 დანართის მე-4 და მე-5 პუნქტები) ძალადობის ნიშნების შემოწმება-გასინჯვა ხორციელდება პაციენტის მშობლის/მეურვის თანხმობით. თუმცა ბავშვზე განხორციელებული ძალადობის ეჭვის შემთხვევაში, თუ მშობელი/მეურვე უარს აცხადებს სამედიცინო კვლევაზე, შემთხვევა უნდა გადამისამართდეს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებულ სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოსა და პოლიციაში (მიუხედავად გადამისამართებისა, დოკუმენტირების ფორმის შევსება სავალდებულოა). შემოწმება-გასინჯვა ხორციელდება თავიდან-ფეხებამდე პრინციპით, ჯერ სხეულის ტანსაცმლით დაუფარავი ნაწილების, ხოლო შემდეგ დაფარული ნაწილების გულმოდგინედ დათვალერებით. აღმოჩენილი დაზიანების შემთხვევაში ისინი დატანილი უნდა იქნეს სხეულის რუკაზე და აღიწეროს. სექსუალურ ძალადობაზე ეჭვის შემთხვევაში უნდა მიეთითოს, რა ფორმით განხორციელდა მოძალადეს მიერ სქესობრივი კავშირი, საგულისხმო სამედიცინო ისტორია და სხვა. სექსუალური ძალადობის მსხვერპლისათვის სამედიცინო მომსახურების მისაწოდებლად, ასევე,

ივსება ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა) სექსუალური ძალადობის დიაგნოზის კოდის (ICD10 კოდის T74.2) მითითებით. (17.09.2019 N01-64/ნ პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე)

6<sup>11</sup>. №12 დანართის მე-6 პუნქტში „ინფორმაცია მოძალადის შესახებ“ მიეთითება მოძალადის კავშირი პაციენტთან: მშობელი/მეურვე, ოჯახის სხვა წევრი და სხვა. (17.09.2019 N01-64/ნ პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე)

6<sup>12</sup>. №12 დანართის მე-7 პუნქტში „ძალადობის შემთხვევა“ მიეთითება ძალადობის ტიპი (ფიზიკური ძალადობა, სექსუალური ძალადობა, ფსიქოლოგიური ძალადობა, უგულვებლყოფა და სხვ.), ადგილი, ასევე, მოძალადის მიერ იარაღის ან სხვა საგნების გამოყენების ფაქტი.

6<sup>13</sup>. №12 დანართის მე-8 პუნქტში „საფუძვლიანი ექვის განსაზღვრა“ აღინიშნება, თუ რომელ შემთხვევასთან გვაქვს საქმე (არსებული ჩამონათვალიდან სავალდებულოა, შემოხაზოს ერთი შემთხვევა მაინც). (17.09.2019 N01-64/ნ პილოტური ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე)

6<sup>16</sup>. დოკუმენტირების ფორმას ხელს აწერს ექიმი, რომელმაც სამედიცინო მომსახურება გაუწია პაციენტს და უშუალოდ შეავსო დოკუმენტირების ფორმა და, ასევე, დამსწრე კოლეგა ექიმი ან ექთანი. (17.09.2019 N01-64/ნ პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე)

7. მკურნალი ექიმის მიერ, პაციენტის ჩივილები 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.

8<sup>1</sup>. სხვადასხვა სახის ტრავმის, ასევე, დამწვრობისა და ჭრილობის არსებობის შემთხვევაში: (11.07.2018 N01-29/ნ ამოქმედდეს 2019 წლის 1 იანვრიდან)

ა) მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის მიერ პაციენტის თანხმობის, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არქონის ან ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენელს გამოკითხვის შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე ხდება შესაბამისი უჯრის მონიშვნა;

ბ) თუ პაციენტს არ შეუძლია კითხვებზე პასუხის გაცემა (მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი ან პაციენტის ქმედუუნარობა), კითხვარს ავსებს პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში, ექიმი აკეთებს სათანადო ჩანაწერს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში იმის თაობაზე, რომ ინფორმაციის მოპოვება შეუძლებელია.

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)

22<sup>1</sup>. პაციენტის გაწერისას, მისთვის მედიკამენტური დანიშნულების მიცემის შემთხვევაში, ექიმი ვალდებულია, აღნიშნული ასახოს დანიშნულებაში (ქაღალდის მატარებელზე ან სპეციალური ელექტრონული სისტემის დანიშნულების ველში). მატერიალური ფორმით (ქაღალდის მატარებელზე) მიცემული დანიშნულება პაციენტს ეძლევა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა-ფორმა №IV-100/ა-სთან ერთად და იგი მოიცავს შემდეგ სავალდებულო ინფორმაციას: (11.07.2018 N01-29 ამოქმედდეს 2018 წლის 16 ივლისიდან)

ა) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პირის/დაწესებულების დასახელებას;

ბ) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდს;

გ) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პირის/დაწესებულების მისამართს;

დ) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პირის/დაწესებულების ელექტრონულ მისამართს (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);

ე) პაციენტის სახელს, გვარს, პირად ნომერს, დაბადების თარიღს;

ვ) პაციენტის დანიშნულების სრულ ჩამონათვალს (მათ შორის, ურეცეპტოდ გასაცემის) – დასახელებას, ფორმას, დოზას, რაოდენობას და მიღების წესს (რომელშიც აღნიშნულია პროდუქტის მიღების სიხშირე და ხანგრძლივობა, შეყვანის გზები და პაციენტისათვის საჭირო სხვა ინფორმაცია), ჩამონათვალი უნდა იყოს გადანომრილი;

ზ) ექიმის სახელს, გვარს, დანიშნულების გაცემის თარიღს; დანიშნულება უნდა იქნეს დამოწმებული ექიმის ხელმოწერით.

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 ექთანს 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. ექთანს 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, არაქმედითუნარიანობა 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 გაუტკივრების 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 გაუტკივარებაზე 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 ექთანნი – 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 სისხლისა 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 ჩამტარებული 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 თანხმლები 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 რენიმატოლოგის 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 ექთანი 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 ჩვილები, 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.

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 \_\_\_\_\_  
(პრეპარატის 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	გაუტკივარების 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> <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

ჰისტომორფოლოგიური 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
	ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____



( დანართი №1 (11.07.2018 N01-29/ნ ამოქმედდეს 2019 წლის 1 იანვრიდან) )

**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 \_\_\_\_\_  
(პრეპარატის 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

შემთხვევაში:

მომართვა განხორციელდა ტრავმიდან \_\_\_\_\_ წთ-ში.

ტრავმის სახე:

ავტოსაგზაო : – ქვეითი– ველოსიპედი –ავტომობილი

– საყოფაცხოვრებო ტრავმა – საწარმოო ტრავმა

– თვითდაზიანება – განზრახ დაზიანება

გაჭირდა ავტომობილიდან ამოყვანა: –კი \_\_\_\_\_წთ –არა

სხვა მექანიზმით: –სიმალიდან ვარდნა – გაჭყლეტა – \_\_\_\_\_ (სხვა)

დამწვრობა: – თერმული – ქიმიური – ელექტრო □ მოყინვა

ჭრილობა: – ცეცხლნასროლი – ცივი იარაღით

ჰოსპიტალიზებულია გეგმურად: 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) \_\_\_\_\_

ჰოსპიტალიზებულია მიმდინარე წელს ამ დაავადების გამო: პირველად, განმეორებით.

ოპერაციული მკურნალობა, გაუტკივარების მეთოდები და შემდგომი გართულებები:

ოპერაციის დასახელება	თარიღი, საათი	გაუტკივარების 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> <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

ჰისტომორფოლოგიური 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

<b>თარიღი, დრო</b>	<b>პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა</b>
	ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

)

დანართი 1<sup>1</sup> (9.01.2018 N 01-2/ნ პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის ამოქმედდეს 2018 წლის 1 თებერვლიდან 11/12/2018 N 01-54/ნ)

ფორმა - N<sup>o</sup>IV-300/ზ

### გენდერული ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირების ფორმა

(ივსება 16 და ზემოთ ასაკის პაციენტისათვის)  
(შევსებული ფორმა შეიცავს კონფიდენციალურ ინფორმაციას)

<b>1. ზოგადი ინფორმაცია</b>		სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების დასახელება:	
პაციენტის რეგისტრაციის ნომერი:		შევსების რიცხვი, თვე, წელი:	
ექიმის სახელი, გვარი:			
პაციენტი გადმომისამართებულია:	<input type="checkbox"/> თვითდინებით; <input type="checkbox"/> ოჯახის წევრის/მეგობრის მიერ; <input type="checkbox"/> პოლიციის მიერ <input type="checkbox"/> სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საშუალებით <input type="checkbox"/> სოციალური სამსახურის მიერ (მიუთითეთ)----- <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) -----		
პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა (შემოსვლისას): <input type="checkbox"/> გადაუდებელი; <input type="checkbox"/> კრიტიკული; <input type="checkbox"/> სტაბილური			
დიაგნოზი შემოსვლისას (წინასწარი):			
<b>2. ინფორმაცია გენდერული ნიშნით ძალადობაგანცდილი პაციენტის შესახებ</b>			
პაციენტის სახელი, გვარი:		ასაკი:	სქესი: <input type="checkbox"/> მდედრ. <input type="checkbox"/> მამრ.
პაციენტის დაბადების თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი):	ადგილი:		
ტელეფონი:	პაციენტის საცხოვრებელი მისამართი:		
პაციენტზე დამოკიდებული პირები:	შვილები (მიუთითეთ რაოდენობა) _____ სხვა (მიუთითეთ რაოდენობა) _____		
პაციენტის ოჯახური მდგომარეობა:	<input type="checkbox"/> დაოჯახებული; <input type="checkbox"/> დასაოჯახებელი; <input type="checkbox"/> ცხოვრობს პარტნიორთან სამოქალაქო ქორწინების გარეშე; <input type="checkbox"/> ქვრივი; <input type="checkbox"/> განქორწინებული/დაშორებული		

<b>3. ინფორმაცია მოძალადის შესახებ</b>						
მოძალადის კავშირი პაციენტთან:	<input type="checkbox"/> მეუღლე/პარტნიორი; <input type="checkbox"/> ყოფილი მეუღლე/პარტნიორი; <input type="checkbox"/> დაუდგენელი <input type="checkbox"/> ოჯახის სხვა წევრი (მიუთითეთ) _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) _ _ _ _ _					
მოძალადის სქესი: <input type="checkbox"/> მდედრ. <input type="checkbox"/> მამრ.	ასაკი:	სამსახურებრივი მდგომარეობა: <input type="checkbox"/> დასაქმებული; <input type="checkbox"/> დროებით უმუშევარი; <input type="checkbox"/> სხვა				
მოძალადის მიერ სუბსტანციების ავადმომხარება:	<input type="checkbox"/> ალკოჰოლი: <input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არ ვიცი <input type="checkbox"/> ნარკოტიკული საშუალებები: <input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არ ვიცი					
ნასამართლობა: <input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არ ვიცი	არის თუ არა მის მიმართ გამოცემული შემაკავებელი ორდერი? <input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა					
გენდერული წიშნით ძალადობის ისტორია:	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა					
<b>4. ძალადობის შემთხვევა</b>						
გენდერული ძალადობის ტიპი:	<input type="checkbox"/> ფიზიკური ძალადობა; <input type="checkbox"/> სექსუალური ძალადობა; <input type="checkbox"/> ფსიქოლოგიური/ემოციური ძალადობა; <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) _ _ _ _ _					
ძალადობის ადგილი:	<input type="checkbox"/> სახლში; <input type="checkbox"/> საჯარო სივრცეში; <input type="checkbox"/> სამსახურში; <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ)					
გამოიყენა თუ არა მოძალადემ <input type="checkbox"/> ცივი ან <input type="checkbox"/> ცეცხლსასროლი იარაღი?	<input type="checkbox"/> დიახ; <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> არ ვიცი					
<b>5. ფიზიკური გასინჯვა (მონიშნეთ შესაბამისი ველი)</b>						
პაციენტის თანხმობა (სავალდებულოა)	თანახმა ვარ, ჩამიტარდეს სამედიცინო შემოწმება პირველადი მტკიცებულებების შეკრების მიზნით. საჭიროების შემთხვევაში, შეკრებილი ინფორმაცია, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნეს სასამართლო მტკიცებულებისათვის.					პაციენტის ხელმოწერა
	დალურ ჯგუხები/სისხლნ აუღენტ ე-ბი	ნაირ ევი/ნა წიბური	კრილობა	სისხლ დენა	ტკივი ლი	დაზიანებების შემთხვევაში, გთხოვთ, მონიშნოთ რუკაზე:
თავი	ქალას თმიანი ნაწილი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	შუბლის და საფეთქლის მიდამოები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	თვალები (კონიუნქტივა ს ჩათელ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ყურები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ცხვირი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ლოყები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ტუჩები, კბილები, ლორწოვანი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ნიკაპი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
კისერი	წინა მხარე	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	უკანა მხარე	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
გულ-მკერდი (სარძევე ჯირკვლების ჩათვლით)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ზურგი		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ბეჭები		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ზედა კიდურები		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
მუცელი		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
დუნდულები		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
გენიტალიური მიდამო (გარეგანი დათვალაიერება)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ქვედა კიდურები		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
კომენტარი:						

<b>6. სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში:</b>																														
<b>პაციენტის თანხმობა</b> (სავალდებულოა)	ვაცნობიერებ, რომ ჩემ მიმართ განხორციელებული სექსუალური ძალადობის გამყვანების შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია, აცნობოს შესაბამის სამართალდამცავ ორგანოებს ჩემ შესახებ; ასევე შეტყობინება განხორციელდეს ძალადობის მსხვერპლთა მომსახურების კრიზისულ ცენტრში.	პაციენტის ხელმოწერა																												
<b>სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირება</b>	<p><i>შეავსეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ:</i></p> <p><i>ა. პაციენტი გაამყვანებს სექსუალური ძალადობის ფაქტს (თვითიდენტიფიცირება)</i></p> <p><i>ბ. ჯერ არ განხორციელებულა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა წინააღმდეგ შემთხვევაში, გადადით პუნქტზე 8 დიაგნოზი და გააგრძელეთ პაციენტის გამოკვლევა</i></p>																													
არსებობს თუ არა ექვი მოძალადის მიერ რაიმე ნარკოტიკული საშუალების/წამლის გამოყენებით პაციენტის თრომბის/გონების დაკარგვის მცდელობის? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არ ვიცი																														
<b>მოძალადე მამაკაცის მიერ სქესობრივი კავშირი განხორციელდა</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>დიახ</th> <th>არა</th> <th>არ ვიცი</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ვაგინალურად</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ანალურად</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ორალურად</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>მოძალადის მიერ გამოყენებულ იქნა თუ არა კონდომი? <input type="checkbox"/> დიახ; <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> არ ვიცი</p>		დიახ	არა	არ ვიცი	ვაგინალურად	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ანალურად	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ორალურად	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>სექსუალური ძალადობის დროს გამოყენებულ იქნა თუ არა რაიმე საგანი?</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>დიახ</th> <th>არა</th> <th>არ ვიცი</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>გთხოვთ, აღწეროთ საგანი:</p>		დიახ	არა	არ ვიცი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	დიახ	არა	არ ვიცი																											
ვაგინალურად	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
ანალურად	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
ორალურად	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
დიახ	არა	არ ვიცი																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<b>საგულისხმო სამედიცინო ისტორია:</b>																														
ჩატარებული აქვს პაციენტს ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არაა დარწმუნებული																													
ჩატარებული აქვს პაციენტს ვაქცინაცია ტეტანუსზე?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არაა დარწმუნებული																													
<b>მენსტრუალური ციკლი:</b> <input type="checkbox"/> რეგულარული <input type="checkbox"/> არარეგულარული  ციკლის ხანგრძლივობა.....დღე	<b>იყენებს თუ არა პაციენტი დაორსულებისაგან თავდაცვის რაიმე საშუალებებს?</b>  <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ / თუ 'დიახ' რას .....	<b>არის თუ არა პაციენტი ორსულად?</b>  <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ / თუ 'დიახ' რამდენი კვირის .....																												
<b>7. ანამნეზის შეკრება</b>	<p><i>ქვემოთ მოცემული გრაფა ივსება როგორც ფიზიკური, ისე სექსუალური ძალადობის შემთხვევის ანამნეზის შეკრებისას პაციენტის გადმოცემაზე დაყრდნობით</i></p>																													
<b>ძალადობის ფაქტის დაწვრილებითი აღწერა (პაციენტის სიტყვებით):</b>																														



პაციენტის, კანონიერი წარმომადგენლის ან

ნათესავის ხელმოწერა:

**გასათვალისწინებელი ფაქტორები**

	დიახ	არა	არ ვიცი
ცდილობდა თუ არა ძალადობაგანცდილი პაციენტი თავის დაცვას?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
პაციენტმა დაფხაჰა თუ არა მოძალადე?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>8. დიაგნოზი:</b>	<input type="checkbox"/> T74.1 ფიზიკური ძალადობა; <input type="checkbox"/> T74.2 სექსუალური ძალადობა <input type="checkbox"/> T74.8 მკაცრი მოპყრობის სხვა ფორმა: <input type="checkbox"/> არასათანადო მოპყრობა <input type="checkbox"/> უგულბეზღოფა; <input type="checkbox"/> ემოციური ძალადობა	კლინიკური დიაგნოზი: ----- გარეგანი მიზეზი ICD10-ის მიხედვით(X85 – Y09): -----
---------------------	---	--

<b>9. მკურნალობა/მოვლა</b>	<b>გადაუდებელი ღონისძიებები სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში</b> <i>ქვემოთ მოცემული ველი ივსება სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი პაციენტის მიერ შესაბამისი მომსახურების მისაღებად</i>
----------------------------	--

ღონისძიებები (შემთხვევიდან 72 საათის ან 5 დღის განმავლობაში)	<b>მიუთითეთ ველის შევსების თარიღი:</b>
--	--

<b>ორსულობის ტესტი</b>	<input type="checkbox"/> შარდით განსაზღვრა / რეზულტატი: <input type="checkbox"/> დადებითი; <input type="checkbox"/> უარყოფითი
------------------------	---

<input type="checkbox"/> გადაუდებელი კონტრაცეპცია (შემთხვევიდან 72 საათის ან 5 დღის ვადაში)	<input type="checkbox"/> ლევონერგესტრელი 750მგ 12 საათში ერთხელ <input type="checkbox"/> ლევონერგესტრელი 1500მგ ერჯერადად 72 საათამდე <input type="checkbox"/> ესტრადიოლისა და ლევონერგესტრელის კომბინაცია <input type="checkbox"/> საშვილოსნოს შიდა სპირალი
---	---

<input type="checkbox"/> სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პოსტ-ექსპოზიციური პროფილაქტიკა (სგდ პეპ)	<input type="checkbox"/> ცეფტრიაქსონი 250მგ ი.მ, აზიტრომიცინი 1000მგ პ.ო, მეტრონიდაზოლი 2000მგ პ.ო, ერთჯერადი დოზა <input type="checkbox"/> ციპროფლოქსაცინი 5 500მგ პ.ო, აზიტრომიცინი 1000მგ პ.ო, მეტრონიდაზოლი 2000მგ პ.ო. ერთჯერადი დოზა (ცეფტრიაქსონზე ალერგიის შემთხვევაში)
--	--

<b>10. ვიზიტის შედეგი:</b>
<input type="checkbox"/> დარჩა სტაციონარში;
<input type="checkbox"/> გადამისამართდა ამბულატორიულ დაწესებულებაში (მიუთითეთ) _____
<input type="checkbox"/> გაეწერა ბინაზე <input type="checkbox"/> გაეწია გადაუდებელი პოსტკოიტალური ინტერვენცია (სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში);
<input type="checkbox"/> პაციენტი გარდაიცვალა; <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) _____

<b>11. სხვა ინტერვენცია:</b>
<input type="checkbox"/> შეტყობინება პოლიციაში 112; <input type="checkbox"/> ინფორმაციის მიწოდება ძალადობისგან დაცვის საკონსულტაციო ცხელი ხაზის (116 006) და ეროვნული რეფერალური მექანიზმის შესახებ; <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) _____

<b>12. ინსტიტუცია, სადაც გადამისამართდა პაციენტი სხვა მომსახურების მისაღებად:</b>	
<input type="checkbox"/> სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა; <input type="checkbox"/> ოჯახის ექიმი; <input type="checkbox"/> აივ ინფექცია/შიდსის ტესტირება; <input type="checkbox"/> სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პეპ-ის მისაღებად; <input type="checkbox"/> კრიზისულ ცენტრში; <input type="checkbox"/> ფსიქოლოგიური დახმარების მისაღებად პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობის სამართავად; <input type="checkbox"/> სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტო; <input type="checkbox"/> არასამთავრობო ორგანიზაცია;	
<input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ):	
იმ შემთხვევაში, თუ გადამისამართება არ მომხდარა, მიუთითეთ ამის მიზეზი:	
ექიმის სახელი, გვარი:  ხელმოწერა:	დამსწრე კოლეგის სახელი, გვარი (სავალდებულოა):  ხელმოწერა:

დანართი 1<sup>2</sup>

*(17.09.2019 N01-64/ნ პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე)*

**ფორმა №IV-300/გ**

**ბავშვის მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირება**

(ივსება 18 წლამდე ასაკის პაციენტისათვის)

(შევსებული ფორმა შეიცავს კონფიდენციალურ ინფორმაციას)

<b>1. ზოგადი ინფორმაცია</b>	
შევსების რიცხვი, თვე, წელი:	
ექიმის სახელი, გვარი:	
პაციენტი გადმომისამა	<input type="checkbox"/> თვითდინებით; <input type="checkbox"/> მშობლის/მეურვის მიერ;

რთებულება:	<input type="checkbox"/> ოჯახის წევრის მიერ <input type="checkbox"/> პოლიციის მიერ <input type="checkbox"/> სოციალური სამსახურის მიერ (მიუთითეთ)----- <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) -----	
<p>პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა (შემოსვლისას): <input type="checkbox"/> სტაბილური <input type="checkbox"/> გადაუდებელი (კრიტიკული);</p>		
<p>დიაგნოზი შემოსვლისას (წინასწარი):</p>		
<b>2. ინფორმაცია ძალადობაგანცდილი პაციენტის შესახებ</b>		
<p>პაციენტის სახელი, გვარი:</p>	<p>ასაკი:</p>	<p>სქესი: <input type="checkbox"/> მდედრ.  <input type="checkbox"/> მამრ.</p>
<p>პაციენტის მშობლის/მეურვის სახელი, გვარი:</p>	<p>სქესი: <input type="checkbox"/> მდედრ.  <input type="checkbox"/> მამრ.</p> <p>პირადი ნომერი</p> <p>საკონტაქტო მონაცემები: (მოსამართი, ტელეფონის ნომერი)</p>	
<p><b>სხვა თანმხლები პირი:</b></p> <p>გვარი, სახელი:</p> <p>საკონტაქტო მონაცემები:</p>		<p>სქესი: <input type="checkbox"/> მდედრ.  <input type="checkbox"/> მამრ.</p> <p>პირადი ნომერი</p>
<p>პაციენტის დაბადების თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი):</p>	<p>დაბადების ადგილი:</p>	

ტელეფონი:	პაციენტის საცხოვრებელი მისამართი:
-----------	-----------------------------------

**3. ძალადობის ეჭვის წყარო, რისკების შეფასება**

<p><b>ბავშვის ქცევითი ინდიკატორები</b> (მონიშნეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი შესაბამისი ინდიკატორი)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ბავშვი აღზნებულია</li> <li><input type="checkbox"/> დათრგუნულია</li> <li><input type="checkbox"/> ვერ ხსნის ტრავმის მიზეზებს</li> <li><input type="checkbox"/> მოუვლელია</li> <li><input type="checkbox"/> აქვს შიშები</li> <li><input type="checkbox"/> არარეგულარულად დადის სკოლაში</li> <li><input type="checkbox"/> არ სწავლობს</li> <li><input type="checkbox"/> არ უნდა სახლში დაბრუნება</li> <li><input type="checkbox"/> ასაკის შეუფერებლად სექსუალურია/აქვს სექსის შესახებ ასაკის შეუფერებელი ცოდნა</li> <li><input type="checkbox"/> რადიკალურად შეეცვალა ხასიათი</li> <li><input type="checkbox"/> არ არის რეგისტრირებული (არ აქვს დაბ. მოწმობა, არ არის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ</li> <li><input type="checkbox"/> დროს ატარებს უმეთვალყურეოდ/გადაადგილდება უცხო პირთან ერთად</li> <li><input type="checkbox"/> ჩართულია შრომით/ ანტისაზოგადოებრივ საქმიანობაში (ითხოვს მოწყალებას)</li> <li><input type="checkbox"/> სხვა ნიშნები (მიუთითეთ) -</li> </ul>	<p><b>მშობლის, კანონიერი წარმომადგენლის/ სხვა პასუხისმგებელი პირის არაადეკვატური ქცევა:</b> (მონიშნეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი შესაბამისი ინდიკატორი)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ტრავმის სიმძიმე არ შეესაბამება ტრავმის მიღების შესახებ მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის/სხვა პასუხისმგებელი პირის მონათხრობს</li> <li><input type="checkbox"/> მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის/სხვა პასუხისმგებელი პირის მონათხრობის დეტალები მუდმივად იცვლება</li> <li><input type="checkbox"/> დაგვიანებული მომართვა</li> <li><input type="checkbox"/> მშობელი/კანონიერი წარმომადგენელი/სხვა პასუხისმგებელი პირი არაადეკვატურად რეაგირებს ბავშვის ტრავმაზე</li> <li><input type="checkbox"/> ტრავმა ფასდება უფრო მსუბუქად, ვიდრე არის</li> <li><input type="checkbox"/> ტრავმის მიზეზის ახსნა არ ხდება</li> <li><input type="checkbox"/> სხვა ნიშნები (მიუთითეთ)</li> </ul>
--	---

**სხვა საეჭვო ფაქტორები (მონიშნეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი შესაბამისი ინდიკატორი):**

- ფიზიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა
- არ არის დამაჯერებელი ბავშვის ექიმთან მიყვანის დაყოვნების მიზეზები

- სახეზეა სხვა სახის დამატებითი დაზიანებები
- წარსულში არსებობდა დაზიანებების, უბედური შემთხვევების გამო მომართვები
- საყურადღებოა ბავშვის და მოზრდილის ურთიერთობა (მშობელი ავლენს აგრესიას ბავშვის მიმართ, უყურადღებოა, არ გამოხატავს სითბოს ან ზედმეტად მზრუნველია
- არ ჩატარებია ვაქცინაცია
- ბავშვი არ არის რეგისტრირებული ან ბავშვს არ აქვს დაბადების მოწმობა, არ არის პედიატრის/ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ
- იშვითი მომართვა ექიმთან
- სხვადასხვა მიზის გამო ძალიან ხშირი მომართვა ექიმთან
- კონფლიქტი ოჯახში, ოჯახში ძალადობა
- გენდერული ნიშნით ძალადობის შემთხვევები
- მარტოხელა მშობელი  ახალგაზრდა მშობელი
- ქრონიკულად მოავადე მშობელი/მეურვე
- მშობლები, ოჯახის წევრები ფსიქიკური პრობლემებით
- არსებობს ოჯახში მშობლებთან დაკავშირებული ისეთი რისკფაქტორები, როგორცაა მანვნი ნივთიერებების და ალკოჰოლის გამოყენება, მენტალური პრობლემები, ოჯახში ძალადობა და სხვა.
- ბავშვი და ოჯახი არის სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოს ბენეფიციარი
- სხვა (გთხოვთ მიუთითოთ)

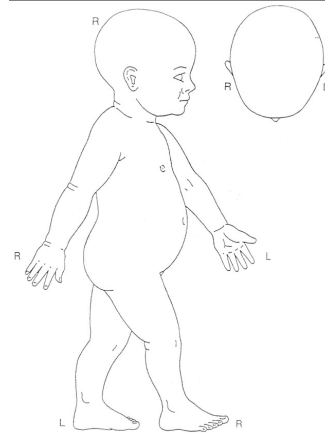
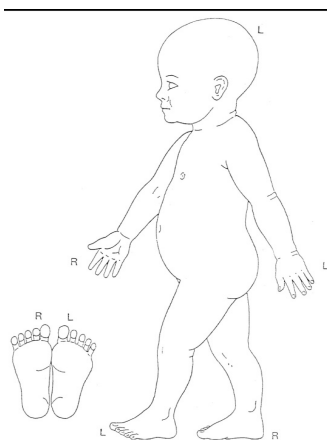
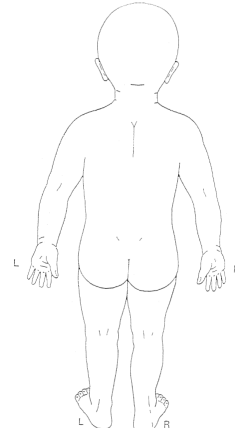
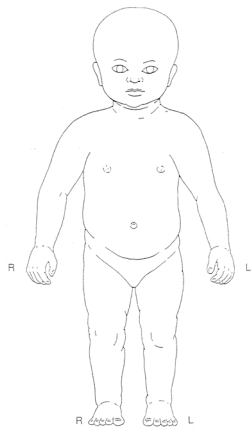
**4. ფიზიკური გასინჯვა (მონიშნეთ შესაბამისი ველი)**

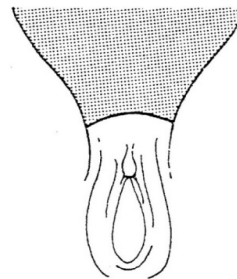
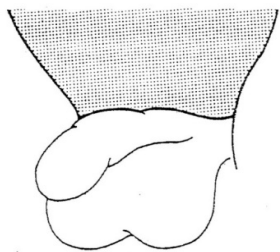
<p><b>პაციენტის თანხმობა</b></p> <p><b>(16 წლის ზემოთ)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> თანახმა ვარ, ჩამიტარდეს სამედიცინო შემოწმება პირველადი მტკიცებულებების შეკრების მიზნით</li> <li><input type="checkbox"/> ინფორმირებული ვარ, რომ საჭიროების შემთხვევაში, შეკრებილი ინფორმაცია, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნეს სასამართლო მტკიცებულებისათვის</li> <li><input type="checkbox"/> ინფორმირებული ვარ, რომ ძალადობის საფუძვლიანი ეჭვის შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია აცნობოს შესაბამის ორგანოებს ჩემს შესახებ</li> </ul>	<p>პაციენტის ხელმოწერა</p>
<p><b>პაციენტის მშობლის/მეურვის თანხმობა 1</b></p> <p>(სავალდებულოა)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> თანახმა ვარ ბავშვს ჩატარდეს სამედიცინო შემოწმება პირველადი მტკიცებულებების შეკრების მიზნით</li> <li><input type="checkbox"/> ინფორმირებული ვარ, რომ საჭიროების შემთხვევაში, შეკრებილი ინფორმაცია, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნეს სასამართლო მტკიცებულებისათვის</li> <li><input type="checkbox"/> ინფორმირებული ვარ, რომ ძალადობის საფუძვლიანი ეჭვის შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია აცნობოს შესაბამის ორგანოებს ბავშვის მდგომარეობის შესახებ</li> </ul>	<p>პაციენტის მშობლის/მეურვის ხელმოწერა</p>



ჩათვლით)										
ზურგი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ბეჭები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ზედა კიდურები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
მუცელი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
დუნდულები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
გენიტალიური მიდამო (გარეგანი დათვალიერება)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ქვედა კიდურები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

დაზიანებების შემთხვევაში, გთხოვთ, დაზიანების ადგილი მონიშნეთ რუკაზე:





**5. სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში:**

**სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირება**

არსებობს თუ არა ეჭვი მოძალადის მიერ რაიმე ნარკოტიკული საშუალების/წამლის გამოყენებით პაციენტის თრობის/გონების დაკარგვის მცდელობის?  არა  დიახ  არ ვიცი

მოძალადის მიერ სქესობრივი კავშირი განხორციელდა

დიახ არა არ ვიცი

ვაგინალურად

სექსუალური ძალადობის დროს გამოყენებულ იქნა თუ არა რაიმე საგანი?

დიახ არა არ ვიცი



ანალურად	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ორალურად	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
გარყვნილი ქმედება						
მომალადის მიერ გამოყენებულ იქნა თუ არა კონდომი?	გთხოვთ, აღწეროთ საგანი:					
<input type="checkbox"/> დიახ; <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> არ ვიცი						

**საგულისხმო სამედიცინო ისტორია:**

ჩატარებული აქვს პაციენტს ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არაა დარწმუნებული
ჩატარებული აქვს პაციენტს ვაქცინაცია ტეტანუსზე?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არაა დარწმუნებული

<b>მენტრუალური ციკლი:</b> <input type="checkbox"/> რეგულარული <input type="checkbox"/> არარეგულარული <input type="checkbox"/> არ აქვს ციკლი  ციკლის ხანგრძლივობა.....დღე	<b>იყენებს თუ არა პაციენტი დაორსულებისაგან თავდაცვის რაიმე საშუალებებს?</b>  <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ / თუ 'დიახ' რას .....	<b>არის თუ არა პაციენტი ორსულად?</b>  <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ / თუ 'დიახ' რამდენი კვირის .....
---	---	---

**6. ინფორმაცია მომალადის შესახებ**

მომალადის კავშირი პაციენტთან:	<input type="checkbox"/> მშობელი/მეურვე (მიუთითეთ) _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> ოჯახის სხვა წევრი (მიუთითეთ) _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> დაუდგენელი _ _ _ _ _
მომალადის სქესი: <input type="checkbox"/> მდედრ. <input type="checkbox"/> მამრ.	ასაკი:

**7. ძალადობის შემთხვევა**

ძალადობის ტიპი:	<input type="checkbox"/> ფიზიკური ძალადობა; <input type="checkbox"/> სექსუალური ძალადობა; <input type="checkbox"/> ფსიქოლოგიური ძალადობა; <input type="checkbox"/> უგულვებელყოფა; <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) -----
ძალადობის ადგილი:	<input type="checkbox"/> სახლში; <input type="checkbox"/> საჯარო სივრცეში; <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) -----
გამოიყენა თუ არა მოძალადემ  <input type="checkbox"/> ცივი ან <input type="checkbox"/> ცეცხლსასროლი იარაღი?  <input type="checkbox"/> სხვა საგანი	<input type="checkbox"/> დიახ; <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> არ ვიცი

#### 8. საფუძვლიანი ეჭვის განსაზღვრა

შემოხაზეთ რომელ შემთხვევასთან გვაქვს საქმე: *ერთ-ერთის შემოხაზე სავალდებულოა, შეიძლება ერთდროულად რამდენიმეს შემოხაზეც:*

- ბავშვის პირდაპირი განცხადება, რომ მასზე ხორციელდება ან განხორციელდა ძალადობა;
- არსებული ფიზიკური დაზიანებები საფუძვლიან ეჭვს ბადებს, დაზიანება გამოწვეულია ძალადობის შედეგად;
- ბავშვზე სხეულის დაზიანების არსებობისას, წარმოებული გამოკითხვის შედეგად სახეზეა დამატებითი ფაქტორი: ბავშვის განცხადება, რომ მასზე ხორციელდება ან განხორციელდა ძალადობა;
- ბავშვზე სხეულის დაზიანების არსებობისას, წარმოებული გამოკითხვის შედეგად სახეზეა დამატებითი ფაქტორი: მოწმის განცხადება, რომ იგი შეესწრო ძალადობის ფაქტს;

ბავშვზე სხეულის დაზიანების არსებობისას, წარმოებული გამოკითხვის შედეგად სახეზეა დამატებითი ფაქტორი: მშობლის არაადეკვატური ქცევა:

- ბავშვის ტრავმის სიმძიმის შეუსაბამობა ტრავმის მიღების შესახებ მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის/სხვა პასუხისმგებელი პირის მონათხრობთან;

- ბავშვის ტრავმის სიმძიმის შეუსაბამობა ტრავმის მიღების შესახებ სხვადასხვა პირთა მონათხრობებს შორის;

- მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის/სხვა პასუხისმგებელი პირის მონათხრობის დეტალების მუდმივი ცვლილება;

- მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის/სხვა პასუხისმგებელი პირის არაადეკვატური რეაგირება ბავშვის ტრავმაზე;

ბავშვის საექვო ქცევის არსებობისას წარმოებული გამოკითხვის შედეგად სახეზეა დამატებითი ფაქტორი: ბავშვის განცხადება, რომ მასზე ხორციელდება ან განხორციელდა ძალადობა;

ბავშვის საექვო ქცევის არსებობისას წარმოებული გამოკითხვის შედეგად სახეზეა დამატებითი ფაქტორი: მოწმის განცხადება, რომ იგი შეესწრო ძალადობის ფაქტს;

მოწმის განცხადება, რომ იგი შეესწრო ძალადობის ფაქტს;

სხვა (დაასაბუთეთ).

<b>9. დიაგნოზი:</b>	<input type="checkbox"/> T74.0-უყურადღებოდ დატოვება ან მიტოვება <input type="checkbox"/> T74.1 - ფიზიკური ძალადობა <input type="checkbox"/> T74.2 - სექსუალურ ძალადობა <input type="checkbox"/> T74.3 - ფსიქოლოგიური ძალადობა <input type="checkbox"/> T74.9-მკაცრი მოპყრობის სინდრომი, დაუზუსტებელი	საბოლოო დიაგნოზი: ----- --- გარეგანი მიზეზი ICD10-ის მიხედვით(X85 – Y09): -----
---------------------	--	---

**10. ვიზიტის შედეგი:**

ძალადობა არ დადასტურდა;

საფუძვლიანი ეჭვი არ დადასტურდა, მაგრამ ძალადობის რისკები არსებობს და საჭიროებს მეთვალყურეობას (მიუთითეთ ფაქტორები, რასაც თქვენი დასკვნა ეფუძნება): -----

სხვა (მიუთითეთ) -----

**11. საფუძვლიანი ეჭვის შეტყობინება ბავშვთა დაცვის გადამისამართების (რეფერირების) პროცედურის შესაბამისად:**

შეტყობინება პოლიციაში 112;

შეტყობინება სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოში - ცხელი ხაზის 1505 მეშვეობით

სხვა (მიუთითეთ) -----

გადაუდებელი/სასწრაფო

**ექიმის სახელი, გვარი:**

(სავალდებულოა):

**ხელმოწერა:**

**დამსწრე კოლეგის სახელი, გვარი**

(სავალდებულოა):

**ხელმოწერა:**





### დანართი 3

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-2/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის

მინისტრის 2009 წლის \_\_\_\_\_ N \_\_\_ ბრძანებით

პაციენტის სახელი, გვარი	ბარათის ნომერი:
დიაგნოზი / ქირურგიული ჩარევა: _____	
ჰოსპიტალიზაციის თარიღი:	ქირურგიული ჩარევის თარიღი:
ალერგია (პრეპარატის დასახელება, ალერგიული რეაქციის ტიპი და ფორმა):	





დანიშნულება შევასრულე მორიგე ექთანს:																				
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 რუქა**

გეგმური გადაუდებ.	ოპერაცია:	ავ-ფი:	ისტ.N
თარიღი	წონა კგ, სიმაღლე სმ.	კონტური	
პრემედიკაციის ეფექტი:	დამაკმ.	არადამაკმ.	სანარკოზე აპარატი
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		



დიურეზი:            სულ	
მლ/სთ	
<u>პირობითი აღნიშვნები</u>	
<p>X ნარკოზის დაწყება და დასასრული            ■ ინტუბაცია და ექსტუბაცია</p> <p>Δ ოპერაციის დასაწყისი    ▽ ოპერაციის დასასრული</p> <p>სუნთქვა: ● სპონტანური    ● ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია</p> <p>! ასისტოლია</p>	

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

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

დანართი 5

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-4/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის

მინისტრის 2009 წლის \_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_ ბრძანებით

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 -----




მორიგე ექთანს \_\_\_\_\_ ხელმოწერა \_\_\_\_\_  
სახელი, გვარი

თარიღი \_\_\_\_\_

ზოგადი ანესთეზიის სქემა

ანესთეზიოლოგის \_\_\_\_\_ ხელმოწერა \_\_\_\_\_  
სახელი, გვარი

თარიღი \_\_\_\_\_

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:

მავნე ჩვევები: თამბაქო: ალკოჰოლი: ნარკოტიკები: სხვა:

**დაავადებები:**

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა:

სასუნთქი სისტემა:

ენდოკრინული სისტემა:

ნერვული სისტემა:

შარდ-გამომყოფი სისტემა:

საჭმლის მომწელებელი სისტემა:

საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი:



წარსულში ჩატარებული ანესთეზიები:				
ოჯახური ანამნეზი:				
საკვების/სითხის ბოლო მიღების დრო:				
სხვა:				
<b>ფიზიკალური გამოკვლევა:</b>	T/AmmHg	PSGკ/წთ	R'წთ	t ° C:
გული:				
ფილტვები:				
ნევროლოგიური სტატუსი:				
<b>გაუტკივარების რისკი ASA:</b>		<b>შენიშვნა:</b>		

ექიმ ანესთეზიოლოგის სახელი გვარი \_\_\_\_\_ ხელმოწერა \_\_\_\_\_

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

## პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი

### პაციენტის საყურადღებოდ

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. გაწუხებით 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. გეონიათ 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 გამწვანება	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 ანთეზა 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, გულმმარვა, 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 გამწვანება	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, C), 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 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 ნიღბით ან საინტუბაციო მილის საშუალებით მიეწოდება ინჰალაციური ანესთეტიკი. რიგ შემთხვევაში ტარდება 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 შეხების ადგილიდან ქვევით, მოძრაობის დროებით გამოთმევას. 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 გამორიცხებულია.

### 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 ჰიპერტერმია, რომელს დიაგნოსტიკა წინასაოპერაციო პერიოდში ძალიან ძნელია

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 დაწ-ყებამდე

**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 \_ მიეთითოს პაციენტთან კავშირი)*

მცხოვრები: \_\_\_\_\_

პირადობის მოწმობა: \_\_\_\_\_

*N*

*პირადი N*

ვადასტურებ, რომ:

ანესთეზიოლოგმა მომაწოდა სრული ინფორმაცია მოსალოდნელი გაუტკივარების და ოპერაციისწინა მომზადების შესახებ. საკვების მიღება უნდა შეწყდეს \_\_\_\_\_ სთ-ზე. მე მზად ვარ შევასრულო აღ-ნიშნული მითითება

მივაწოდე ინფორმაცია ექიმს, ჩემთვის ცნობილი ყველა გადატანილი დაავადების და მედიკამენტ-ების ან საკვების მიმართ ალერგიული რეაქციის შესახებ

მქონდა შესაძლებლობა ანესთეზიოლოგთან შემსჯელა მოსალოდნელი გაუტკივარების შესახებ და მივიღე პასუხი ჩემთვის საინტერესო ყველა კითხვაზე

მქონდა საკმარისი დრო გადაწყვეტილების მისაღებად და ალტერნატიული აზრის მოსმენის საშუალება

საკუთარი ნებით, ყოველგვარი ზეწოლის გარეშე, ანესთეზიოლოგს უფლებას ვაძლევ ჩამიტაროს შესაბამისი გაუტკივარება

თანახმა ვარ ჩამიტარდეს ქირურგიული ჩარევა მითითებულ პირობებში და ანესთეზიოლოგმა სა-ჭიროებისამებრ გამოიყენოს დამატებითი მეთოდები, მათ შორის განახორციელოს ჰემოტრანსფუ-ზია, რომლის შესაძლო გართულებებსაც ვაცნობიერებ

უფლებას ვაძლევ ანესთეზიოლოგს საკუთარი შეხედულებისამებრ ჩართოს გაუტკივარებაში ექთა-ნი, სანიტარი და სხვა საჭირო პერსონალი

ვიტოვებ უფლებას, ანესთეზიის დაწყებამდე ნებისმიერ დროს, გავაუქმო აღნიშნული ხელშეკრულება

გავეცანი აღნიშნულ დოკუმენტს და ჩემთვის ყველაფერი ნათელია.

აღნიშნულ ხელშეკრულებას ხელს ვაწერ საკუთარი ნებითა და ნათელი ცნობიერებით.

ინფორმირებული ვარ, რომ აღნიშნული ხელშეკრულება ძალაშია 72 საათის განმავლობაში

თანხმობას ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე და ანესთეზიოლოგად ვირჩევ

---

უარს ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე (აღნიშნოს მიზეზი)

---

---

პაციენტის (ან პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგინელი

ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირის ხელმოწერა \_\_\_\_\_

თარიღი: \_\_\_\_\_

დრო: \_\_\_\_\_





**დანართი 11**

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-10/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის

მინისტრის 2009 წლის \_\_\_\_\_

N ----- ბრძანებით

**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, ერითროციტული მასა, გარეცხილი ერითროციტები, ლეიკოციტური მასა, Bჩდ – ერითროციტები თრომბოკონცენტრატი, პლაზმა (ნატურული, 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 ..... რეზუსზე .....სამჯერადი ბიოლოგიური სინჯი  
.....

ტრანსფუზია დაიწყო .....სთ. .... წუთზე, P .....TA .....t .....R  
.....

ტრანსფუზია დამთავრება .....სთ. .... წუთზე, P .....TA ..... t .....R  
.....

**ტრანსფუზიის შემდგომი მეთვალყურეობა**

15 წუთის შემდეგ P .....TA ..... t ..... R .....

1 საათის შემდეგ P .....თA ..... t ..... R .....

2 საათის შემდეგ P .....TA ..... t ..... R .....

რეაქცია ან გართულება ტრანსფუზიის დროს ან მის შემდეგ \_\_\_\_\_  
-----

ექიმის გვარი, სახელი.....ხელმოწერა \_\_\_\_\_ თარიღი \_\_\_\_\_

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 .....

(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ.

მკურნალმა ექიმმა მომაწოდა შემდეგი ინფორმაცია:

1. სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----



-----  
-----  
-----  
-----

4. განზრახული სამედიცინო მომსახურების, სხვა ალტერნატიული ვარიანტებისა, მათი თანხმლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

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

საკუთარი ხელის მოწერით ----- (პაციენტის ხელის მოწერა) -----

(სახელი, გვარი)

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის -----

-----





	ცილა											
	შაქარი											
	აცეტონი											
	P3											
სისხლი	ჰემოგლობინი											
	ედსი მმ/სთ											
	ლეიკოციტი											
	Ph											
	O <sub>2</sub>											
	შაქარი											
ფერმენტები												
მორიგე ექთნის ხელმოწერა												

დ\_დამაკმაყოფილებელი

სს\_საშუალო სიმძიმის

მ\_მძიმე



სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-14/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის

მინისტრის 2009 წლის \_\_\_\_\_

N ----- ბრძანებით

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 \_\_\_\_\_

ჩვილები \_\_\_\_\_

---

---

---

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,

განაკვეთი

ს ზომა, მიმართულება,

განაკვეთ

ის შრეები)

ოპერაციისას გამოვლენილი პათოლოგიური ცვლილების აღწერა \_\_\_\_\_

---

---

---

---

ინტრაოპერაციული დიაგნოზი \_\_\_\_\_

---

---

---

ოპერაციის მსვლელობისას თანმიმდევრობითი აღწერა \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ჩატარებულია თუ არა ჭრილობის ჰემოსტაზი, ჭრილობაში (ღრუში) 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	გაეწერა, გადაყვანილ იქნა სხვა სტაციონარში, გარდაიცვალა (ჩაიწეროს და აღინიშნოს თარიღი და სტაციონარის დასახელება სადაც იქნა გადაყვანილი)	ნათესავისთვის (ან კანონიერი წარმომადგენლისათვის) ან დაწესებულებისათვის ჰოსპიტალიზაციის შესახებ მიწოდებული ინფორმაციის აღნიშვნა	თუ არ იქნა ჰოსპიტალიზირებული მიზეზი და მიღებული ღონისძიებები	შენიშვნები