

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის
ბრძანება №01-41/ნ

2011 წლის 15 აგვისტო ქ. თბილისი

**ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის
დამტკიცების შესახებ**

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის მე-2 პუნქტის და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 61-ე მუხლის შესაბამისად, ვბრძანებ:

1. დამტკიცდეს „ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი“.
2. ძალადაკარგულად გამოცხადდეს „პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების, მათი წარმოებისა და შევსების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 22 აგვისტოს №224/ნ ბრძანება.
3. ბრძანება ამოქმედდეს 2012 წლის 1 იანვრიდან.

მინისტრის მოვალეობის
შემსრულებელი

ი. გიორგობიანი

ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი საერთოა ყველა ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი პირისათვის (გარდა სტომატოლოგიური, სასწრაფო სამედიცინო დახმარებისა და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (emergency) -ს სერვისების მიმწოდებლებისა).

2. ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაცია იწარმოება ყველა ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი პირის მიერ უნიფიცირებულად, ამ ბრძანების შესაბამისად.

3. დოკუმენტაციაში ჩანაწერები სრულდება სახელმწიფო ენაზე, მკაფიოდ და გასაგებად.

4. ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაცია არ არის მკაცრი აღრიცხვის დოკუმენტი.

5. მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია, განმარტოს დადგენილი ფორმების ცალკეული პუნქტი, შემოიღოს დამატებები სამედიცინო დოკუმენტაციის

წარმოების დამტკიცებული წესის შეუცვლელად; ამასთანავე, დაწესებულების პროფილისა და სამედიცინო მომსახურების მოცულობის გათვალისწინებით, მოახდინოს ამ ბრძანებაში არსებული, მათთვის საჭირო ფორმების გამოყენება, აგრეთვე მოდიფიცირება, მათში არსებული ძირითადი ინფორმაციის აუცილებელი წესით შენარჩუნებითა და გათვალისწინებით.

6. მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია, საჭიროებიდან გამომდინარე, ამ ბრძანების ძალაში შესვლისას მოქმედი პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმები დაურთოს ახალ „ამბულატორიულ სამედიცინო დოკუმენტაციას“.

7. პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მოითხოვოს ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის (ცალკეული ფორმის) ასლი.

8. ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება შესაძლებელია განხორციელდეს ელექტრონული ფორმით.

9. ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაცია ინახება კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 2. „ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათი“ – ფორმა IV-№200/ა (დანართი №1)

1. ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათს აწარმოებს ყველა ის ფიზიკური და იურიდიული პირი/დაწესებულება (მომსახურების მიმწოდებელი), რომელიც სამედიცინო საქმიანობას ეწევა ამბულატორიულად (მათ შორის დღის სტაციონარის პირობებში). პაციენტის დაყოვნება სამედიცინო დაწესებულებაში არ უნდა აღემატებოდეს 24 საათს.

2. ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათი ივსება ყველა პაციენტისათვის ინდივიდუალურად. სამედიცინო ბარათს რიგითი ნომერი ენიჭება მოქალაქის/პაციენტის პირადი ნომრის მიხედვით (პირადი ნომრის არქონის შემთხვევაში რეგისტრაციის ჟურნალში დაფიქსირებული რიგითი ნომრის მიხედვით).

3. ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი პირი ან რეგისტრატურის თანამშრომელი, პაციენტის შემოსვლისთანავე ბარათის სატიტულო გვერდზე ავსებს „საპასპორტო მონაცემებს“. ივსება ყველა ის გრაფა, რომელზეც არსებობს ინფორმაცია.

4. მონაცემებს სისხლის ჯგუფის, რეზუს-ფაქტორისა და მედიკამენტებზე ალერგიული რეაქციების შესახებ ავსებს ექიმი, ასეთი ინფორმაციის არსებობისას.

]

მუხლი 3. „იმუნიზაციის ცხრილი“ – ფორმა № IV-200–1/ა (დანართი №2)

იმუნიზაციის ცხრილში, გარდა აცრების კალენდრით განსაზღვრულისა, შესაძლებელია თავისუფალ გრაფებში დაფიქსირდეს ინფორმაცია სხვა განხორციელებული ვაქცინაციის შესახებ.

მუხლი 4. „ზოგადი მონაცემების ცხრილი“ – ფორმა № IV-200–2/ა (დანართი №3)

ზოგადი მონაცემების ცხრილი შეიძლება შეივსოს როგორც პაციენტის პროფილაქტიკური/გეგმიური გასინჯვებისას, ისე მკურნალობის მიზნით ექიმთან

ვიზიტისას. აღნიშნულ ცხრილში ასევე შესაძლებელია სერვისის მიმწოდებელმა დაამატოს სხვა მისთვის საჭირო ობიექტური მონაცემი.

მუხლი 5. „დასკვნითი დიაგნოზების ცხრილი“ – ფორმა № IV-200-3/ა (დანართი №4)

დასკვნითი დიაგნოზების ცხრილში ასახული ყველა დიაგნოზი უნდა შეესაბამებოდეს ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის ICD-10 (შემდგომში – ICD-10) ნორმების კლინიკურ ვარიანტს.

მუხლი 6. ამოღებულია (17.09.2019 N01-63/6)

მუხლი 7. „პაციენტის გასინჯვის ფურცელი“ – ფორმა № IV-200-5/ა (დანართი №6)

1. პაციენტის გასინჯვის ფურცელი იწარმოება როგორც პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლის (მათ შორის, სოფლის ექიმის ოფისი) ასევე სპეციალიზებული ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებლის მიერ. მას ავსებს ექიმი-სპეციალისტი. იგი ივსება პაციენტის, როგორც პირველადი, ასევე განმეორებითი ვიზიტ(ებ)ისა და ბინაზე/ადგილზე გამოძახების ყველა შემთხვევაში. აქვე უნდა დაფიქსირდეს ინფორმაცია საავადმყოფო ფურცლის გაცემის შესახებ შესაბამისი რეკვიზიტების (საავადმყოფო ფურცლის ნომერი, ვადა) მითითებით.

1¹. პაციენტის გასინჯვის ფურცელთან ერთად, პაციენტისათვის დანიშნულების მიცემის შემთხვევაში, ექიმი ვალდებულია, აღნიშნული ასახოს დანიშნულებაში (ქალაქის მატარებელზე ან სპეციალური ელექტრონული სისტემის დანიშნულების ველში). მატერიალური ფორმით (ქალაქის მატარებელზე) მიცემული დანიშნულება უნდა მოიცავდეს შემდეგ სავალდებულო ინფორმაციას: (11.07.2018 N01-30/6 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 გასაცემი) – 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.

2. ამბულატორიულად პედიატრიული სერვისის წარმოების შემთხვევაში, ბავშვის განვითარების, (მათ შორის ფსიქომოტორული განვითარების) შეფასება და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვა, ისევე როგორც სხვა სერვისების შემთხვევებში წარმოებს ქვეყანაში აღიარებული ნორმებით.

3. სხვადასხვა სახის ტრავმის, ასევე, დამწვრობისა და ჭრილობის არსებობის შემთხვევაში, ექიმის მიერ პაციენტის, ხოლო მისი თანხმობის ან მცირეწლოვანების ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არქონის ან ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენელს გამოკითხვის შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე ხდება შესაბამისი უჯრის მონიშვნა. (11.07.2018 N01-30/5 ამოქმედდეს 2019 წლის 1 იანვრიდან)

მუხლი 7¹. „გენდერული ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირების“ – ფორმა №IV-200-5/ზ (დანართი №6¹) (9.01.2018 N 01-1/5 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 01-55/5)

1. მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია, გენდერული ნიშნით 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 საეჭვო დაზიანებების არსებობის შემთხვევაში, პაციენტის გასინჯვის ფურცელთან – ფორმა №IV-200-5/ა ერთად შეავსოს „გენდერული ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირების“ ფორმა №IV-200-5/ზ (დანართი №6¹). აღნიშნული ფორმა ივსება შემდეგი პრინციპის გათვალისწინებით:

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

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

გ) ძალადობაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში, პაციენტის კლინიკური გამოკითხვისას (№6¹ დანართის (ფორმა №IV-200-5/ზ) პირველი პუნქტი – სკრინინგი) ძალადობასთან დაკავშირებით დასმული სამი შეკითხვიდან თუ ერთ-ერთზე პასუხი არის დადებითი.

2. ძალადობაზე ეჭვის მიტანის ან თვითიდენტიფიცირების (თავად მიუთითებს/აღიარებს მის მიმართ განხორციელებულ ძალადობრივ ქმედებაზე) შემთხვევაში, ძალადობის რისკის ალბათობა ფასდება რისკის შეფასების ინსტრუმენტზე (№6¹ დანართის (ფორმა №IV-200-5/ზ) მე-2 პუნქტი – ძალადობის რისკის შეფასება) დაყრდნობით, რის საშუალებითაც გამოვლენილი მაღალი რისკის შემთხვევაში, ექიმი ვალდებულია განახორციელოს შეტყობინება სამართალდამცავ ორგანოებში. ძალადობის საშუალო და დაბალი რისკის შემთხვევაში, ხდება პაციენტის ინფორმირება ძალადობისაგან დაცვის საკონსულტაციო ცხელი ხაზის (116 006) და არსებული ეროვნული

რეფერალური მექანიზმის შესახებ ან გადამისამართება შესაბამისი მომსახურების მისაღებად.

3. ფიზიკური და სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირებისას ძალადობის ნიშნების შემოწმება-გასინჯვა ხორციელდება პაციენტის თანხმობით (№6¹დანართის (ფორმა №IV-200-5/ზ) მე-5 პუნქტზე ხელმოწერით) თავიდან-ფეხებამდე პრინციპით, ჯერ სხეულის ტანსაცმლით დაუფარავი ნაწილების, ხოლო შემდეგ დაფარული ნაწილების გულმოდგინედ დათვალიერებით. აღმოჩენილი დაზიანების შემთხვევაში ისინი დატანილი უნდა იქნეს სხეულის რუკაზე (№6¹ დანართის (ფორმა №IV-200-5/ზ) 5.4 ქვეპუნქტი) და აღიწეროს.

4. 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.

5. 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 (№6¹ დანართის (ფორმა №IV-200-5/ზ) პუნქტი 7) გათვალისწინებული შესაბამისი ეტაპის ღონისძიებ(ებ)ის მითითებით.

6. პაციენტის რეფერირების განსახორციელებლად დოკუმენტირების ფორმაში უნდა მიეთითოს (მოინიშნოს) შესაბამისი ღონისძიება (№6¹ დანართის (ფორმა №IV-200-5/ზ) მე-8 პუნქტის - „შემდგომი ღონისძიებები“ შესაბამისი ქვეპუნქტების (8.1.- 8.5.) მიხედვით).

7. დოკუმენტირების ფორმას ხელს აწერს ექიმი, რომელმაც უშუალოდ შეავსო დოკუმენტირების ფორმა და, ასევე, დამსწრე კოლეგა ექიმი ან ექთანი.

მუხლი 72. „ბავშვის მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირების“ - ფორმა №IV-200-5/გ (დანართი №6²).

(17.09.2019 N01-63/ნ გარდა პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის, ამოქმედდეს 2020 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე)

1. მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია ძალადობის მსხვერპლი ბავშვის ამოცნობა/შეფასების, რეფერირებისა და შესაბამისი დოკუმენტირების უზრუნველყოფის მიზნით, ბავშვის მიმართ განხორციელებული ძალადობის ეჭვის, საფუძვლიანი ეჭვისა და დადასტურებულ შემთხვევაში, პაციენტის გასინჯვის ფურცელთან – ფორმა №IV-200-5/ა ერთად შეავსოს „ბავშვის მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირების“ – ფორმა №IV-200-5/გ (დანართი №6²). აღნიშნული ფორმა ივსება შემდეგი პრინციპის გათვალისწინებით:

ა) 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) აღნიშნული 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 სილურჯეები, 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 მოწყალებას/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.

2. „ზოგადი ინფორმაცია“ (№62 დანართის პირველი პუნქტი) 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).

3. №62 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 (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) სახელი, გვარი, პირადი ნომერი, საკონტაქტო მონაცემები.

4. №6² დანართის მე-3 პუნქტის „ძალადობის ეჭვის წყარო, რისკების შეფასება“ შესაბამის ველებში უნდა მიეთითოს: ბავშვის ქცევა, მშობლის, კანონიერი წარმომადგენლის/სხვა პასუხისმგებელი პირის ქცევა და სხვა საეჭვო ფაქტორები.

5. №6² დანართის მე-4 და მე-5 პუნქტები - ფიზიკური და სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირებისას 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 (შემდგომში - სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტო) და პოლიციაში (მიუხედავად გადამისამართებისა, დოკუმენტირების ფორმის შევსება სავალდებულოა). შემოწმება - გასინჯვა ხორციელდება 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. სექსუალურ ძალადობაზე ეჭვის შემთხვევაში უნდა მიეთითოს, რა ფორმით განხორციელდა მოძალადის მიერ სექსობრივი 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.

6. №6² დანართის მე-6 პუნქტში „ინფორმაცია მოძალადის შესახებ“ მიეთითება მოძალადის კავშირი პაციენტთან: მშობელი/მეურვე, ოჯახის სხვა წევრი და სხვა.

7. №6² დანართის მე-7 პუნქტში „ძალადობის შემთხვევა“ მიეთითება ძალადობის ტიპი (ფიზიკური ძალადობა, სექსუალური ძალადობა, ფსიქოლოგიური ძალადობა, უგულვებლყოფა და სხვ.), ძალადობის ადგილი, ასევე, მოძალადის მიერ იარაღის ან სხვა საგნების გამოყენების ფაქტი.

8. №6² დანართის მე-8 პუნქტში „საფუძვლიანი ეჭვის განსაზღვრა“ აღნიშნება, თუ რომელ შემთხვევასთან გვაქვს საქმე (არსებული ჩამონათვალიდან სავალდებულოა, შემოხაზოს ერთი შემთხვევა მაინც).

9. პაციენტის რეფერირების განსახორციელებლად დოკუმენტირების ფორმაში უნდა მიეთითოს (მოინიშნოს) დიაგნოზი (№6² დანართის მე-9 პუნქტი) და ვიზიტის შედეგი (№6² დანართის მე-10 პუნქტი), შესაბამისი ღონისძიების მონიშვნით. დიაგნოზის კოდირებისთვის გამოიყენება ICD10 კლასიფიკატორი.

10. №6² დანართის მე-11 პუნქტში „საფუძვლიანი ეჭვის შეტყობინება ბავშვთა დაცვის გადამისამართების (რეფერირების) პროცედურის შესაბამისად“ მიეთითება, თუ სად მოხდა შემთხვევის გადამისამართება.

11. დოკუმენტირების ფორმას ხელს აწერს ექიმი, რომელმაც სამედიცინო მომსახურება გაუწია პაციენტს და უშუალოდ შეავსო დოკუმენტირების ფორმა და, ასევე, დამსწრე კოლეგა ექიმი ან ექთანი.

მუხლი 8. „კლინიკურ–დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგების“ – ფორმა № IV-200–6/ა (დანართი №7)

კლინიკურ–დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგების ფორმა ივსება პასუხისმგებელი პირის მიერ, მათ შორის, ენდოსკოპიური კვლევების დროს. მას ასევე შესაძლებელია თან დაერთოს ჩატარებული კლინიკურ–დიაგნოსტიკური გამოკვლევების შედეგების ამსახველი სხვა ფორმები. სამედიცინო გამოკვლევის კოდ(ებ)ის მითითების შემთხვევაში, ის უნდა დაფიქსირდეს ძირითადი კლინიკური ან/და დიაგნოსტიკური გამოკვლევის ჩანაწერის ბოლოს.

მუხლი 9. „სამედიცინო ჩარევის ოქმი“ – ფორმა № IV-200–7/ა (დანართი №8)

სამედიცინო ჩარევის ოქმი ივსება ამბულატორიულ პირობებში ჩატარებული მცირე ქირურგიული ჩარევებისა და პროცედურების დროს. ოქმი თან ერთვის სამედიცინო ბარათს. მას ავსებს სამედიცინო ჩარევებზე პასუხისმგებელი ექიმი. იმ შემთხვევაში, თუ ხდება სამედიცინო პროცედურების კოდის მითითება, ის უნდა დაფიქსირდეს სამედიცინო ჩარევის გრაფაში, ტექსტუალური ნაწილის შემდეგ.

მუხლი 10. „პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე“ – ფორმა № IV-200–8/ა (დანართი №9)

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე ივსება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ექიმის მიერ, პაციენტის ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის თანდასწრებით, სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლისა და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 44-ე მუხლის შესაბამისად.

მუხლი 11. „ანტე/პერინატალური ანამნეზი“ – ფორმა № IV-200–9/ა (დანართი №10)

ანტე/პერინატალური ანამნეზის – ფორმა ივსება ახალშობილის სამედიცინო ბარათის, „დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობა ფორმა №103/ს–84“, ასევე მშობლების გამოკითხვით მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე, ექიმ–სპეციალისტის მიერ.

მუხლი 12. „გეგმიური მეთვალყურეობის ფორმა“ – ფორმა № IV-200–10/ა (დანართი №11)

გეგმიური მეთვალყურეობის ფორმა – გათვალისწინებულია 0–18 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის. იგი განკუთვნილია პროფილაქტიკური/გეგმიური გასინჯვებისათვის. ფორმა ივსება მას შემდეგ, რაც ექიმი–სპეციალისტი მოახდენს ასაკის შესაბამისად ბავშვის განვითარების (მათ შორის ფსიქომოტორული განვითარების) შეფასებას ქვეყანაში აღიარებული ნორმების მიხედვით.

მუხლი 13. ლაბორატორიული გამოკვლევების ჟურნალი – ფორმა № IV-200–11/ა (დანართი №12)

ლაბორატორიული გამოკვლევების ჟურნალი იწარმოება ლაბორატორიული მომსახურების მიმწოდებელი პირის მიერ. მასში უნდა აღირიცხოს ყველა ჩატარებული ლაბორატორიული გამოკვლევის მონაცემი.

მუხლი 14. ამბულატორიული პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი – ფორმა № IV-200-12/ა (დანართი №13)

ამბულატორიული პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი იწარმოება იმ ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებებში, სადაც პაციენტები იმყოფებიან აღრიცხვაზე (მათ შორის პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებაში, სოფლის ექიმის/სოფლის ექთნის ოფისში).

ჟურნალში უნდა დაფიქსირდეს როგორც აღრიცხვაზე აყვანის, ასევე აღრიცხვიდან მოხსნის თარიღი, გადაყვანის შემთხვევაში უნდა მიეთითოს მიმღები პირი (თუ ცნობილია).

მუხლი 15. ამბულატორიული პაციენტის ვიზიტების და ბინაზე/ადგილზე გამომძახების რეგისტრაციის ჟურნალი – ფორმა № IV-200-13/ა (დანართი №14)

ამბულატორიული პაციენტის ვიზიტების და ბინაზე/ადგილზე გამომძახების რეგისტრაციის ჟურნალი ივსება ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლის მიერ.

მასში ფიქსირდება, როგორც ვიზიტი, ასევე ექიმისა და ექთნის ბინაზე/ადგილზე გამომძახების ყველა შემთხვევა.

დანართი №1

ფორმა №IV-200/ა

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათი № _____

გვარი, სახელი, _____

სქესი: _____

დაბადების თარიღი _____ ტელეფონი _____

პირადი ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) _____

მისამართი _____

სამუშაო ადგილი, პროფესია _____

შეკითხვები:		
კითხვა 1: თქვენს მეუღლეს/პარტნიორს ან/და ოჯახის სხვა წევრს თქვენი დაშინების ან დასჯის მიზნით მიუმართავს თუ არა ისეთ ქმედებისათვის, რამაც მოგაყენათ ტანჯვა ან ტკივილი?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა	
კითხვა 2: ბოლო 6 თვის განმავლობაში თქვენ მიმართ განხორციელებულა თუ არა ისეთი აგრესიული ქმედება როგორცაა დარტყმა <input type="checkbox"/> , ცემა <input type="checkbox"/> , მოხრჩობის ან მოგუდვის მცდელობა <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა	
კითხვა 3: გყავთ შვილები? თუ კი - შესწრებიან თუ არა ისინი თქვენს მიმართ განხორციელებულ ძალადობას <input type="checkbox"/> ? დაზარალებდნენ ისინიც <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა	
ინსტრუქცია:		
<ul style="list-style-type: none"> იმ შემთხვევაში, თუ ზემოთ მოცემულ სამივე კითხვაზე პაციენტი პასუხობს „არას“ - მიაწოდეთ ინფორმაცია (გადაეცით საინფორმაციო ბროშურა) ძალადობისაგან დაცვის ეროვნული ცხელი ხაზის და არსებული რეფერალური მექანიზმის შესახებ ან/და გადაამისამართეთ შესაბამისი მომსახურების მისაღებად. იმ შემთხვევაში, თუ ზემოთ მოცემული სამი შეკითხვიდან ერთ-ერთზე პასუხი არის „დიახ“ - გააგრძელეთ შეკითხვების დასმა რისკის შეფასების კითხვარის მიხედვით (იხ. სექცია 2): 		
თუ სკრინინგი (ზემოთ მოცემული 3 კითხვის დასმა) ვერ განხორციელდა, შეავსეთ:	სკრინინგი ვერ განხორციელდა რადგან:	
	<input type="checkbox"/> პაციენტს თან ახლდა მეუღლე/პარტნიორი <input type="checkbox"/> პაციენტს თან ახლა ოჯახის სხვა წევრი <input type="checkbox"/> პაციენტმა უარი განაცხადა პასუხის გაცემაზე <input type="checkbox"/> სამედიცინო პერსონალისათვის არ იყო უსაფრთხო გარემო პაციენტის გამოსაკითხად <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) ----- -----	
2. ძალადობის რისკის შეფასება:	<i>რისკის შეფასებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს:</i> <ul style="list-style-type: none"> ძალადობის სავარაუდო მსხვერპლის დამოკიდებულებები მოძალადის მიერ მის მიმართ განხორციელებულ ქმედებებთან დაკავშირებით; აქცენტი უნდა გაკეთდეს განმეორებითი ძალადობის რისკ-ფაქტორების გამოვლენაზე; ექიმის პროფესიული ვარაუდი ძალადობის სარისკო ქცევასთან დაკავშირებით. 	
1. ბოლო 6 თვის განმავლობაში თქვენ მიმართ განხორციელებულმა ძალადობამ შეიძინა თუ არა უფრო ინტენსიური ხასიათი?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
2. გეზღუდებთ მეგობრებთან ან ოჯახის წევრებთან კონტაქტს?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
3. დაუშინებხართ მას ცეცხლსასროლი იარაღით ან დანით?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
4. ხომ არ გეშინიათ რომ შეიძლება ფიზიკურად გაგისწორდეთ ან მოგკლათ (ხომ არ ყოფილა ამის მუქარა)?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
5. გეშინიათ სახლში დაბრუნების?/გრძნობთ თუ არა თავს საფრთხეში?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
6. გიცდიათ მასთან ურთიერთობის გაწყვეტა <input type="checkbox"/> ? ხართ ამ მომენტში დაშორებული <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
7. გაიძულებთ ფიზიკურ სიახლოვეს (სექსუალურ ურთიერთობას), როცა თქვენ ეს არ გსურთ?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
8. უცემიხართ ორსულობის დროს?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
9. ორსულად ხართ? <input type="checkbox"/> გყავთ 18 თვემდე ბავშვი? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
10. შვილებთან დაკავშირებით ხომ არ გაქვთ უთანხმოება?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
11. უცემია <input type="checkbox"/> / დაურტყამს <input type="checkbox"/> ბავშვებისთვის?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
12. ემუქრებათ თქვენს შვილებს საფრთხე მოძალადისგან?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა

13. თქვენს მეუღლეს/პარტნიორს სამართალდამცავ ორგანოებთან პრობლემები ჰქონია? <input type="checkbox"/> აქვს შემაკავებელი ორდერი? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
14. არის მოძალადე ალკოჰოლზე ან ნარკოტიკულ საშუალებებზე დამოკიდებული?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
15. ახორციელებს თქვენს ადევნებას? <input type="checkbox"/> გამუდმებით გაკონტროლებთ? <input type="checkbox"/> გირეკავთ ან ამყარებს თქვენთან კონტაქტს კომუნიკაციის სხვა საშუალებებით <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა

რისკის შეფასების შედეგი: მაღალი საშუალო დაბალი

რისკის შეფასების კლასიფიკაცია და ინტერვენცია:

მონიშნული დადებითი პასუხების რაოდენობა	რისკის დონე	ინტერვენცია	ინფორმირებული თანხმობა
9 და მეტი/ ასევე - თუ დადებითი პასუხების რაოდენობა 9-ზე ნაკლებია, მაგრამ თქვენი პროფესიულ ალღო გკარნახობთ რომ პაციენტი ძალადობის მაღალი რისკის ქვეშაა და/ან პაციენტი მიუთითებს, რომ ფიზიკური დაზიანებები მის მიმართ განხორციელებული ძალადობის შედეგია (თვითიდენტიფიცირება)	მაღალი	შეტყობინება სამართალდამცავი ორგანოებისათვის	სასურველია ექიმმა მიიღოს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა, თუმცა, იმ შემთხვევაში, თუ იდენტიფიცირებულია ძალადობის მაღალი რისკი და/ან პაციენტი მიუთითებს, რომ ფიზიკური დაზიანებები მის მიმართ განხორციელებული ძალადობის შედეგია, ინფორმაცია მიაწოდოს სამართალდამცავ ორგანოებს
5-დან - 9 -მდე	საშუალო	ინფორმაციის მიწოდება ცხელი ხაზის (116 006), ეროვნული რეფერალური მექანიზმის შესახებ, უსაფრთხოების გეგმის შემუშავება. პაციენტის მდგომარეობის გადამოწმება 1-2 კვირის შემდეგ.	პოლიციაში შეტყობინების განსახორციელებლად მიზანშეწონილია, თუმცა, სავალდებულო არ არის, ინფორმირებული თანხმობის არსებობა.
5-ზე ნაკლები	დაბალი	ინფორმაციის არსებული რეფერალური შესახებ. მიწოდება ეროვნული მექანიზმის	შეტყობინების განსახორციელებლად მიზანშეწონილია ინფორმირებული თანხმობის არსებობა.

3. ძალადობის დოკუმენტირება (პაციენტის ინფორმაციაზე დაყრდნობით)	<p><i>ივსება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს აღენიშნება საეჭვო ფიზიკური დაზიანებები და/ან ამჟღავნებს ფიზიკური ან სხვა სახის ძალადობის ფაქტს (თვითიდენტიფიცირება).</i></p> <p><i>წინააღმდეგ შემთხვევაში, გადადით პუნქტზე: №8</i></p> <p><input type="checkbox"/> პაციენტს აღენიშნება საეჭვო ფიზიკური დაზიანებები, დალურჯებები, ჭრილობები, წყლულები, ნაკბენები, დამწვრობები (გაუსვით ხაზი დაზიანების ტიპს)</p> <p><input type="checkbox"/> პაციენტზე განხორციელდა ფიზიკური ძალადობა</p>
--	--

<input type="checkbox"/> პაციენტზე განხორციელდა სექსუალური ძალადობა <input type="checkbox"/> პაციენტზე განხორციელდა ფსიქოლოგიური/ემოციური ძალადობა <input type="checkbox"/> პაციენტს შეეზღუდა აუცილებელ რესურსებზე ან/და სერვისებზე ხელმისაწვდომობა			
1.1. პაციენტის თანხმობა (სავალდებულოა)	ვაცნობიერებ, რომ ჩემს მიმართ განხორციელებული ძალადობის გამჟღავნების შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია დაარღვიოს კონფიდენციალურობა და ძალადობის ფაქტის შესახებ აცნობოს სამართალდამცავ ორგანოებს შემდგომი რეაგირების მიზნით.	პაციენტის ხელმოწერა:	
ძალადობის ისტორია:	როდის დაიწყო ძალადობა? (მიუთითეთ დროის მონაკვეთი): რამდენად ხშირად ხორციელდება პაციენტზე ძალადობა? <input type="checkbox"/> ხშირად; <input type="checkbox"/> იშვიათად;		
რა შეიძლება იყოს ძალადობის მაპროვოცირებელი ფაქტორი? (მომალადის მხრიდან)	<input type="checkbox"/> ალკოჰოლის ავადმომხმარება; <input type="checkbox"/> ნარკოტიკული საშუალებების ავადმომხმარება; <input type="checkbox"/> სამუშაო სტრესი; <input type="checkbox"/> ფინანსური პრობლემები; <input type="checkbox"/> სხვა		
მომალადის კავშირი პაციენტთან:	<input type="checkbox"/> მეუღლე/პარტნიორი <input type="checkbox"/> ყოფილი მეუღლე/პარტნიორი <input type="checkbox"/> ოჯახის სხვა წევრი (მიუთითეთ) _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> დაუდგენელი <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) _ _ _ _ _		
მომალადის სქესი: <input type="checkbox"/> მამაკაცი <input type="checkbox"/> ქალი	მომალადის რაოდენობა: <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> 4 და მეტი		
იმყოფება მომალადე სამედიცინო დაწესებულებაში?		<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა	
შესაძლებელია თუ არა მომალადის მოსვლა სამედიცინო დაწესებულებაში?		<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა	
3.2. პაციენტის ბაზისური პროფილი			
წონა:	სიმაღლე:	არტერიული წნევა:	პულსი:
ემოციური მდგომარეობა (გამოკითხვის დროს)	კომუნიკაცია:	ცნობიერება:	
<input type="checkbox"/> აგზნებული <input type="checkbox"/> დათრგუნული <input type="checkbox"/> შეშინებული	<input type="checkbox"/> თავისუფალი <input type="checkbox"/> უჭირს ლაპარაკი <input type="checkbox"/> ესმის გაჭირვებით <input type="checkbox"/> საჭიროებს თარჯიმანს ¹	<input type="checkbox"/> შენარჩუნებულია <input type="checkbox"/> მსუბუქად დაბინდულია <input type="checkbox"/> გამოხატულად დაბინდულია <input type="checkbox"/> უგონოდაა	
3.3. დეტალები ძალადობის შესახებ			
ძალადობის ადგილი:		თარიღი:	საათი:
ინციდენტი, რის გამოც მიმართა პაციენტმა სამედიცინო დაწესებულებას (გთხოვთ, მიუთითოთ)			
მომალადემ პაციენტს:			
<input type="checkbox"/> სცემა/ დაარტყა		<input type="checkbox"/> ცეცხლსასროლი ან ცივი იარაღით მიაყენა დაზიანებები	
<input type="checkbox"/> შეეცადა მოხრჩობას/მოგუდვას		<input type="checkbox"/> მსხვა (მიუთითეთ) -----	

2. სექსუალური ძალადობის იდენტიფიცირების შემთხვევაში

<p>4.1. პაციენტის თანხმობა (სავალდებულოა)</p>	<p>ა) ვაცნობიერებ, რომ ჩემს მიმართ განხორციელებული სექსუალური ძალადობის გამჟღავნების შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია, აცნობოს შესაბამის სამართალდამცავ ორგანოებს ჩემს შესახებ; ასევე შეტყობინება განხორციელოს ძალადობის მსხვერპლთა მომსახურების კრიზისულ ცენტრში.</p>	<p>პაციენტის ხელმოწერა</p>
	<p>ბ) თანახმა ვარ, ჩამიტარდეს სამედიცინო შემოწმება პირველადი მტკიცებულებების შეკრების მიზნით. საჭიროების შემთხვევაში, შეკრებილი ინფორმაცია, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნეს სასამართლო მტკიცებულებისათვის.</p>	<p>პაციენტის ხელმოწერა</p>

4.2. სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირება

შეავსეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ:

ა) პაციენტი გაამჟღავნებს სექსუალური ძალადობის ფაქტს (თვითიდენტიფიცირება)

ბ) ჯერ არ განხორციელებულა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა

წინააღმდეგ შემთხვევაში, გადადით პუნქტზე №5 სხვა სახის ძალადობრივი აქტის ანაშნის შეკრება და გააგრძელეთ პაციენტის გამოკვლევა

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

არა დიახ არ ვიცი

მოძალადე მამაკაცის მიერ სქესობრივი კავშირი განხორციელდა

	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"/>

მოძალადის მიერ გამოყენებულ იქნა თუ არა კონდომი?

დიახ არა არ ვიცი

სექსუალური ძალადობის დროს გამოყენებულ იქნა თუ არა რაიმე საგანი?

	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"/>

გთხოვთ, აღწეროთ საგანი:

2.1. საგულისხმო სამედიცინო ისტორია

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

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

5. ანამნეზის შეკრება *ქვემოთ მოცემული გრაფა ივსება როგორც ფიზიკური, ისე სექსუალური ძალადობის შემთხვევის ანამნეზის შეკრებისას პაციენტის გადმოცემაზე დაყრდნობით*

5.1. ძალადობის ფაქტის დაწვრილებითი აღწერა (პაციენტის სიტყვებით) :

პაციენტის, კანონიერი წარმომადგენლის ან ნათესავის ხელმოწერა:

5.2. გასათვალისწინებელი ფაქტორები

	დიახ	არა	არ ვიცი
შეესწრნენ თუ არა ძალადობის ფაქტს დაზარალებულის შვილები?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ძალადობისას გამოყენებული იყო თუ არა იარაღი?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ცდილობდა თუ არა ძალადობაგანცდილი პაციენტი თავის დაცვას?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
პაციენტმა დაფხაჭნა თუ არა მოძალადე?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ძალადობის დროს დაკარგა თუ არა გონება პაციენტმა?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3. ფიზიკური გასინჯვა

	დალურჯებები/ სისხლნაჟღერებები	ნაიარევი	ჭრილობა	სისხლდენა	ტკივილი
თავი					
ქალას თმიანი ნაწილი	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
თვალები (კონიუნქტივას ჩათვლით)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
ცხვირი	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
ტუჩები, კბილები, ლორწოვანი	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
ყელი					
წინა მხარე	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
გულ-მკერდი (სარძევე ჯირკვლების ჩათვლით)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
ბეჭები	<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"/>
მუცელი	<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"/>
გენიტალიური მიდამო	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ფეხები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4. დაზიანებების შემთხვევაში, გთხოვთ, მონიშნოთ რუკაზე და აღწეროთ¹:

ორსულობის ტესტი ⁴	<input type="checkbox"/> შარდით განსაზღვრა ⁵ რეზულტატი: <input type="checkbox"/> დადებითი; <input type="checkbox"/> უარყოფითი	
<input type="checkbox"/> გონორეა - ნაცხის ბაქტერიოლოგია ანტიბიოტიკოგრაში ⁶	<input type="checkbox"/> საშვილოსნოს ყელის; <input type="checkbox"/> ურეთრალური; <input type="checkbox"/> რექტალური; <input type="checkbox"/> სხვა	
<input type="checkbox"/> ქლამიდია - ქსოვილოვან კულტურაში ან შარდში PC	<input type="checkbox"/> საშვილოსნოს ყელის; <input type="checkbox"/> ურეთრალური; <input type="checkbox"/> რექტალური; <input type="checkbox"/> სხვა	
<input type="checkbox"/> ტრიქომონა - ნაცხის მიკროსკოპია (სველი წესით)	<input type="checkbox"/> ვაგინალური	
<input type="checkbox"/> სგგდ-ის მკურნალობა არაეფექტური/არჩატარებული პეპის შემთხვევაში (მონიშნეთ რეკომენდებული სქემა)	<input type="checkbox"/> ცეფტრიაქსონი 250 მგ ერთჯერადად კუნთში (1000მგ, თუ ეჭვია გონორეულ კონიუნქტივიტზე), დოქსიციკლინი 100მგ ორჯერ დღეში პ.ო. 14 დღე, ტინიდაზოლი 2000მგ. პ.ო. ერთჯერადად. <input type="checkbox"/> ცეფიქსიმი 400მგ პ.ო. ერთჯერადად, დოქსიციკლინი 100მგ ორჯერ დღეში პ.ო. 14 დღე, ტინიდაზოლი 2000მგ. პ.ო. ერთჯერადად (თუ პეპ-ის დროს გამოყენებული იყო ცეფტრიაქსონი) <input type="checkbox"/> ლევოფლოქსაცინი 500 მგ ორჯერ დღეში 14 დღე ⁷ აზიტრომიცინი 2000მგ ერთჯერადად, ტინიდაზოლი 2000მგ. პ.ო. (ცეფალოსპორინებზე ალერგიის შემთხვევაში)	
<input type="checkbox"/> ტესტირება სიფილისი ⁸	<input type="checkbox"/> სისხლის ანალიზი RPR მეთოდით	
<input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ):		
<input type="checkbox"/> მკურნალობა სიფილისზე დადებითი ტესტის შემთხვევაში	<input type="checkbox"/> დოქსიციკლინი 100მგ ორჯერ დღეში 14 დღე პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) -----	
7.3. III ეტაპის ღონისძიებები (24 კვირის შემდეგ)		მიუთითეთ ველის შევსების თარიღი:
<input type="checkbox"/> ტესტირება სიფილისი	<input type="checkbox"/> სისხლის ანალიზი RPR მეთოდით	
<input type="checkbox"/> მკურნალობა სიფილისზე დადებითი ტესტის შემთხვევაში	<input type="checkbox"/> დოქსიციკლინი 100მგ ორჯერ დღეში 14 დღე პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) -----	
სხვა ტიპის მკურნალობის რეჟიმი (მიუთითეთ)		
7.4. IV ეტაპის ღონისძიებები		მიუთითეთ ველის შევსების თარიღი:
აბორტი (საჭიროების შემთხვევაში)	<input type="checkbox"/> მედიკამენტოზური <input type="checkbox"/> ქირურგიული	
8. შემდგომი ღონისძიებები (მიუთითეთ თქვენ მიერ განხორციელებული შესაბამისი ღონისძიება)		
8.1. ინფორმირება (ბროშურა)	<input type="checkbox"/> მიეწოდა ინფორმაცია ეროვნული რეფერალური მექანიზმის (სოციალური და იურიდიული სერვისების) შესახებ	
8.2. პაციენტს შეეთავაზა ინდივიდუალური უსაფრთხოების გეგმის შემუშავება (ძალადობის საშუალო, სურვილის შემთხვევაში - დაბალი, რისკის იდენტიფიცირების შემთხვევაში)	<input type="checkbox"/> განაცხადა თანხმობა გეგმის შემუშავებაზე <input type="checkbox"/> არ დათანხმდა გეგმის შემუშავებას	

8.3. განხორციელდა თუ არა რეფერირება? (დადებითი პასუხის შემთხვევაში, მონიშნეთ შესაბამისი ღონისძიება)		<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
<input type="checkbox"/> შეტყობინება განხორციელდა პოლიციაში - 112 <input type="checkbox"/> მიეწოდა ძალადობისაგან დაცვის ეროვნული ცხელი ხაზის ნომერი - 116 006 (24/7) <input type="checkbox"/> გადამისამართდა სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოში - 15 05 <input type="checkbox"/> მიეწოდა სახალხო დამცველის ოფისის ცხელი ხაზის ნომერი - 14 81 (24/7) <input type="checkbox"/> გადამისამართდა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩასატარებლად <input type="checkbox"/> გადამისამართდა აივ ინფექცია/შიდსის ტესტირებაზე <input type="checkbox"/> გადამისამართდა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პეპს-ის მისაღებად <input type="checkbox"/> გადამისამართდა კრიზისულ ცენტრში <input type="checkbox"/> გადამისამართდა ფსიქოლოგიური დახმარების მისაღებად პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სამართავად <input type="checkbox"/> აღწერეთ სხვა სახის რეფერალი: -----		
8.4.იმ შემთხვევაში, თუ გადამისამართება არ მომხდარა, მიუთითეთ ამის მიზეზი:		
8.5.პაციენტს შეეთავაზა ექიმის მიერ მეთვალყურეობის განხორციელება (1-2 კვირის შემდეგ)	<input type="checkbox"/> პაციენტმა გამოთქვა სურვილი მის მდგომარეობაზე ექიმის მიერ მეთვალყურეობის განსახორციელებლად: <input type="checkbox"/> ტელეფონის საშუალებით; <input type="checkbox"/> პერსონალურად <input type="checkbox"/> პაციენტმა უარი განაცხადა შეთავაზებაზე	
ექიმის გვარი, სახელი:	ხელმოწერა:	დამსწრე კოლეგის გვარი, სახელი⁹ (სავალდებულოა): ხელმოწერა:

¹ თარჯიმნის საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს უნდა გაეწიოს პირველადი დახმარება და შემდგომი გამოკითხვა-გასინჯვა შეწყდეს კომუნიკაციის დამყარებამდე.

² თუ ორსულობის ტესტის ჩატარების საშუალება არ არის, გადაუდებელი კონტრაცეფციის დროს გამოსაყენებელი პრეპარატის მიღება შესაძლებელია არსებული ორსულობისას ნაყოფისათვის რისკის გარეშე. აღნიშნული უნდა განემარტოს პაციენტს.

³ უკუნაჩვენებია ორსულობის პირველ ტრიმესტრში.

⁴ ორსულობის ტესტი ინციდენტიდან 2-4 კვირაში ტარდება იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს ამ დროისათვის არ აღუდგება მენსტრუალური ციკლი.

⁵ დადებითი ტესტის შემთხვევაში, ქალის სურვილის გათვალისწინებით, უნდა მოხდეს მისი გადამისამართება აბორტის გასაკეთებლად.

⁶ ირება სგდ ინფექციებზე - გონორეა, ქლამიდია და ტრიქომონა ტარდება 2 კვირის შემდეგ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს მიუხედავად პეპს-ის ჩატარებისა, აღნიშნება ინფექციის სიმპტომები ან პეპ არ ჩატარებულა რაიმე მიზეზით.

⁷ ირება სგდ ინფექციებზე - გონორეა, ქლამიდია და ტრიქომონა ტარდება 2 კვირის შემდეგ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს მიუხედავად პეპს-ის ჩატარებისა, აღნიშნება ინფექციის სიმპტომები ან პეპ არ ჩატარებულა რაიმე მიზეზით.

⁸ ტესტირება სიფილისზე ტარდება ინციდენტიდან 12 კვირაში

⁹ ანამნეზის აღებასა და აღნიშნული ფორმის შევსებას აუცილებლად უნდა ესწრებოდეს კოლეგა: ექიმი ან ექთანი.

ბავშვის მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირება
(ივსება 18 წლამდე ასაკის პაციენტისათვის)
(შევსებული ფორმა შეიცავს კონფიდენციალურ ინფორმაციას)

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

3. ძალადობის ეჭვის წყარო, რისკების შეფასება

ბავშვის ქვევითი ინდიკატორები
(მონიშნეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი შესაბამისი ინდიკატორი)

- ბავშვი აღზუნებულია
- დათრგუნულია
- ვერ ხსნის ტრავმის მიზეზებს
- მოუვლელია
- აქვს შიშები
- არარეგულარულად დადის სკოლაში
- არ სწავლობს
- არ უნდა სახლში დაბრუნება
- ასაკის შეუფერებლად სექსუალურია/აქვს სექსის შესახებ ასაკის შეუფერებელი ცოდნა
- რადიკალურად შეეცვალა ხასიათი
- არ არის რეგისტრირებული (არ აქვს დაბ. მოწმობა, არ არის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ)
- დროს ატარებს უმეთვალყურეოდ/გადაადგილდება უცხო პირთან ერთად
- ჩართულია შრომით/ ანტისაზოგადოებრივ საქმიანობაში (ითხოვს მოწყალეობას)
- სხვა ნიშნები (მიუთითეთ) -

მშობლის, კანონიერი წარმომადგენლის/ სხვა პასუხისმგებელი პირის არაადეკვატური ქცევა:
(მონიშნეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი შესაბამისი ინდიკატორი)

- ტრავმის სიმძიმე არ შეესაბამება ტრავმის მიღების შესახებ მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის/სხვა პასუხისმგებელი პირის მონათხრობს
- მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის/სხვა პასუხისმგებელი პირის მონათხრობის დეტალები მუდმივად იცვლება
- დაგვიანებული მომართვა
- მშობელი/კანონიერი წარმომადგენელი/სხვა პასუხისმგებელი პირი არაადეკვატურად რეაგირებს ბავშვის ტრავმაზე
- ტრავმა ფასდება უფრო მსუბუქად, ვიდრე არის
- ტრავმის მიზეზის ახსნა არ ხდება
- სხვა ნიშნები (მიუთითეთ)

სხვა საეჭვო ფაქტორები (მონიშნეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი შესაბამისი ინდიკატორი):

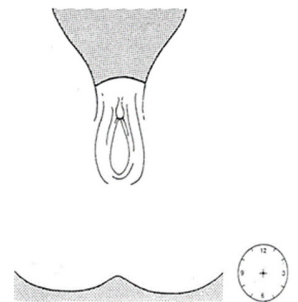
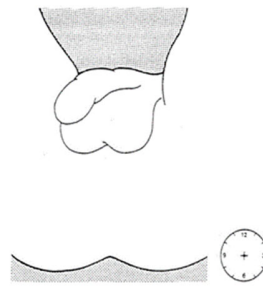
- ფიზიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა
- არ არის დამაჯერებელი ბავშვის ექიმთან მიყვანის დაყოვნების მიზეზები
- სახეზეა სხვა სახის დამატებითი დაზიანებები
- წარსულში არსებობდა დაზიანებების, უბედური შემთხვევების გამო მომართვები
- საყურადღებოა ბავშვის და მოზრდილის ურთიერთობა (მშობელი ავლენს აგრესიას ბავშვის მიმართ, 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
- იშვიათი მომართვა ექიმთან
- სხვადასხვა მიზეზის 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 მავნე 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>პაციენტის თანხმობა (16 წლის ზემოთ)</p>	<p><input type="checkbox"/> თანახმა ვარ, ჩამიტარდეს სამედიცინო შემოწმება პირველადი მტკიცებულებების შეკრების მიზნით</p> <p><input type="checkbox"/> ინფორმირებული ვარ, რომ საჭიროების შემთხვევაში, შეკრებილი ინფორმაცია, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნეს სასამართლო მტკიცებულებისათვის</p> <p><input type="checkbox"/> ინფორმირებული ვარ, რომ ძალადობის საფუძვლიანი ექვის შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია აცნობოს შესაბამის ორგანოებს ჩემ შესახებ</p>	<p>პაციენტის ხელმოწერა</p>
<p>პაციენტის მშობლის/მეურვის თანხმობა¹ (სავალდებულოა)</p>	<p><input type="checkbox"/> თანახმა ვარ ბავშვს ჩაუტარდეს სამედიცინო შემოწმება პირველადი მტკიცებულებების შეკრების მიზნით</p> <p><input type="checkbox"/> ინფორმირებული ვარ, რომ საჭიროების შემთხვევაში, შეკრებილი ინფორმაცია, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნეს სასამართლო მტკიცებულებისათვის</p> <p><input type="checkbox"/> ინფორმირებული ვარ, რომ ძალადობის საფუძვლიანი ექვის შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია აცნობოს შესაბამის ორგანოებს ბავშვის მდგომარეობის შესახებ</p>	<p>პაციენტის მშობლის/მეურვის ხელმოწერა</p>

ფიზიკური დაზიანებები	დალ ურჯე ბები/სისხ ღნაჟ ღენტ ები	სხვა დასხ ვა ხარს ხის ჭრი ლობ ები	სხვადას ხვა ხარისხი ს ნაკაწრე ბი	სხვა დასხ ვა ხარის ხის იარებ ი	მომრ აობი ს გაძნე ლება	სხუ ლის ნაწი ლის შეშუპ ება	მოტეხი ლობები	ბველი ნაწიბ ურები	ბვე ლი მოტ ები ლობ ები	სხვა ნიშნები (მიუთითეთ)	
თავი	ქალას თმიანი ნაწილი	<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"/>
	შუბლის და საფეთქ ლის მიდამოე ბი	<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"/>
	თვალებ ი (კონიუნ ქტივას ჩათვლ)	<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"/>
	ყურები	<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"/>
	ცხვირი	<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"/>
	ლოყები	<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"/>
	ტუჩები,	<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"/>

	კბილები , ლორწოვ ანი										
	ნიკაპი	<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"/>
კისერი	წინა მხარე	<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"/>
	უკანა მხარე	<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"/>
გულ-მკერდი (სარძევე ჯირკვლების ჩათვლით)		<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"/>
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"/>



5. სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში:																										
სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირება																										
არსებობს თუ არა ეჭვი მოძალადის მიერ რაიმე ნარკოტიკული საშუალების/წამლის გამოყენებით პაციენტის თრობის/გონების დაკარგვის მცდელობის? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არ ვიცი																										
მოძალადის მიერ სქესობრივი კავშირი განხორციელდა <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არ ვიცი </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">ვაგინალურად</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ანალურად</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ორალურად</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>გარყვნილი ქმედება</p> <p>მოძალადის მიერ გამოყენებულ იქნა თუ არა კონდომი? <input type="checkbox"/> დიახ; <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> არ ვიცი</p>	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"/>	სექსუალური ძალადობის დროს გამოყენებულ იქნა თუ არა რაიმე საგანი? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">დიახ</td> <td style="text-align: center;">არა</td> <td style="text-align: center;">არ ვიცი</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </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"/>
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"/>																								
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																										
მენსტრუალური ციკლი: <input type="checkbox"/> რეგულარული <input type="checkbox"/> არარეგულარული <input type="checkbox"/> არ აქვს ციკლი ციკლის ხანგრძლივობა.....დღე	იყენებს თუ არა პაციენტი დაროსულეებისაგან თავდაცვის რაიმე საშუალებებს? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ / თუ 'დიახ' რას	არის თუ არა პაციენტი ორსულად? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ / თუ 'დიახ' რამდენი კვირის																								
6. ინფორმაცია მოძალადის შესახებ																										
მოძალადის კავშირი პაციენტთან:	<input type="checkbox"/> მშობელი/მეურვე (მიუთითეთ) _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> ოჯახის სხვა წევრი (მიუთითეთ) _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> დაუდგენელი _ _ _ _ _																									
მოძალადის 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 ექვის განსაზღვრა

შემოხაზეთ რომელ შემთხვევასთან გვაქვს საქმე: *ერთ-ერთის შემოხაზვა სავალდებულოა, შეიძლება ერთდროულად რამდენიმეს შემოხაზვაც:*

- ბავშვის პირდაპირი განცხადება, რომ მასზე ხორციელდება ან განხორციელდა ძალადობა;
- არსებული ფიზიკური დაზიანებები საფუძვლიან ექვს ბაღებს, 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).

9. დიაგნოზი:	<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 ექვი არ დადასტურდა, მაგრამ ძალადობის რისკები არსებობს და საჭიროებს მეთვალყურეობას (მიუთითეთ ფაქტორები, რასაც თქვენი დასკვნა ეფუძნება): -----
- სხვა (მიუთითეთ) -----

11. საფუძვლიანი ექვის 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:
--	--

¹ ბავშვზე განხორციელებული ძალადობის ექვის შემთხვევაში, თუ მშობელი/მეურვე უარს აცხადებს სამედიცინო კვლევაზე, შემთხვევა უნდა გადამისამართდეს სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოში; გადაუდებელი შემთხვევის დროს პოლიციასა და სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოში.

დანართი №7

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
 პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-6/ა

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____
 ბარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ სპეციალობა _____
 ხელმოწერა _____ თარიღი _____

დანართი №8

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
 პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-7/ა

სამედიცინო ჩარევის ოქმი №

პაციენტის გვარი, სახელი

განყოფილება _____ ბარათის ნომერი

სამედიცინო ჩარევის სახე

გაუტკივარება

დაწყების თარიღი, დრო

დასრულების თარიღი, დრო

რეკომენდაცია/დანიშნულება

ექიმი

(სახელი, გვარი)

ხელმოწერა

დანართი №9

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-8/ა

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე

მე
(სახელი, გვარი)

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

პაციენტის (ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის)
ხელმოწერა _____

მე, ექიმი _____

(სახელი, გვარი)

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

ხელმოწერა _____

თარიღი „-----“ -----

დანართი №10

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

ფორმა №IV-200-9/ა

პირის/დაწესებულების დასახელება

ანტე/პერინატალური ანამნეზი

მშობლების ასაკი ბავშვის დაბადებისას: დედა ----- მამა -----

ორსულობა რიგითობა ----- ანამნეზში: აბორტი ___ თვითნებური ხელოვნური;

მკვდრადშობადობა ჯერადობა -----; სხვა პრობლემა -----

ჯანმრთელობის პრობლემები ბოლო ორსულობისას: -----

მედიკამენტების გამოყენება ___ არა, ___ კი -----

სკრინინგი სგგდ ___ არა, ___ კი ----- აივ/შიდსი ___ არა, ___ კი B

ჰეპატიტი ___ არა, ___ კი

მშობიარობა (ჯერადობა) ----- მშობიარობა: ფიზიოლოგიური ___ პათოლოგიური ___ --

----- საკეისრო კვეთა ___

ახალშობილი - გესტაციური ასაკი -----; წონა; ----- სიგრძე -----

თავის გარშემოწერილობა: -----; აპგარი ----- ქულა; პრობლემა დაბადებისას: -----

სამშობიაროდან გამოეწერა ჯანმრთელი ___ კი, ___ არა -----

კვების ხასიათი სამშობიარო სახლში: ბუნებრივი ___ შერეული ___ ხელოვნური ___

(მიზეზი/საკვები)-----

იმუნიზაცია სამშობიარო სახლში:

იმუნიზაციის სახე	აგრის თარიღი	ბავშვის ასაკი	ვაქცინის დოზა	ვაქცინის სერია	რეაქცია აგრზე
ბცქ (BCG)					
ჰეპ B (Hep B)					

სკრინინგი

ენილკეტონურია ___ კი, ___ არა, შედეგი -----

ჰიპოთირეოზი ___ კი, ___ არა, შედეგი -----

დანართი №11

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-10/ა

გეგმური მეთვალყურეობის ფორმა

0-18 წელი

ვიზიტი ----- ბავშვის ასაკი ----- თარიღი -----

ზოგადი მონაცემები

წონა		გულის შეკუმშვის სიხშირე P	
სიმაღლე		სუნთქვის სიხშირე R	
თავის გარშემოწერილობა		ტემპერატურა T° C	
კბილები	<u>55 54 53 52 51 61 62 63 64 65</u> 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 <u>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28</u> 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	არტერიული წნევა T/A	

ობიექტური მონაცემები

ზოგადი მდგომარეობა	
კანი	
კანქვეშა ქსოვილი	
ხილული ლორწოვანი გარსები	
პერიფერიული ლიმფური კვანძები	
კუნთოვანი სისტემა	
ძვალ-სახსროვანი სისტემა	
სასუნთქი სისტემა	
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	
საჭმლის მომწელებელი სისტემა	

