

ვებგვერდი, 110816001, 16/08/2011
სარეგისტრაციო კოდი
470010000.22.035.016088

**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. „პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისის მიმწოდებელთათვის“ – ფორმა № IV-200-4/ა (დანართი №5)

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისის მიმწოდებლების ფორმა ივსება ICPC-2-R კოდების მითითებით, პაციენტის ყოველი ვიზიტის დროს (მიუხედავად ვიზიტის მიზეზისა). აღნიშნულ ფორმაში ხდება მონაცემების და აქტივობის დაფიქსირება, კონკრეტული თარიღის შესაბამისად.

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.

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.

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 გამოძახების რეგისტრაციის ჟურნალი – ფორმა № IV-200–13/ა (დანართი №14)

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

მასში ფიქსირდება, როგორც ვიზიტი, ასევე ექიმისა და ექთნის ბინაზე/ადგილზე გამოძახების 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 _____

შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი: ზომიერი *o*, მნიშვნელოვანი *o*, მკვეთრი *o*.

სისხლის ჯგუფი _____ Rh-ფაქტორი _____

სისხლის გადასხმები _____

(როდის და რამდენი)

ალერგია _____

(მედიკამენტი, საკვები და სხვა. რეაქციის ტიპი)

ქირურგიული ჩარევები

გადატანილი ინფექციური დაავადებები _____

ქრონიკული დაავადებები (მ.შ. გენეტიკური დაავადებები) და მავნე ჩვევები

სადაზღვევო პოლისის ნომერი _____

სადაზღვევო კომპანია _____

დანართი №2

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-1/ა

იმუნიზაციის ცხრილი

თ ა რ ი დ ი	ასაკ ი	ტუბე რკულ ოზი	ჰეპა ტი ტი B	დი ფტე რია	ტე ტან უსი	ყივა ნახვ ელა	ჰემოფ ილურ ი ინფექ ციები	პ ო ლი ომი ელ იტი	წით ელა	წით ურა	ყბაყ ურა	* *	* *	***	ვაქც ინა, სერი ა	შენიშ ვნები	ხ ე ლ მ ოწე რა

* ჩატარებული იმუნიზაცია აღინიშნება „+“ ნიშნით

** ჩატარებული იმუნიზაცია აღინიშნება „-“ ნიშნით და შენიშვნის გრაფაში მიეთითება მიზეზი

*** თავისუფალ გრაფებში შესაძლებელია მიეთითოს სხვა ჩატარებული იმუნიზაციის მონაცემები

დანართი №3

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-2/ა

ზოგადი მონაცემების ცხრილი

ექიმის სახელი, გვარი _____ თარიღი _____

დანართი №7

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-6/ა

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები
პაციენტის სახელი, გვარი _____
ზარათის 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/დანაშნულება

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
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-9/ა

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	ბ ა ვ შ ვ ი ს ასაკი	ვაქცინის დოზა	ვ ა ქ ც ი ნ ი ს სერია	რეაქცია აღრაზე
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	
თ ა ვ ი ს გარშემოწერილ ობა		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	
გ უ ლ - ს ი ს ხ ღ ძ ა რ ღ ვ თ ა სისტემა	

დანართი №13

ფორმა №IV-200-12/ა

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ამბულატორიული პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი

რიგითი №	სახელი, გვარი	საიდენტიფიკაციო №	მისამართი, ტელეფონი	დაბადების თარიღი	აღრიცხვის აქტის ანაზღაურების დასახელება					შენიშვნა
					თარიღი	თარიღი	გარდაცვალება	გადაყვანა	გადაყვანის შემთხვევაში მიუთითეთ მიმღებობის დაწესებულება ან თუ ცნობილია	

დანართი №14

ფორმა №IV-200-13/ა

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ამბულატორიული პაციენტის ვიზიტების და ბინაზე/ადგილზე გამოძახების რეგისტრაციის ჟურნალი

