

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
ბრძანება N64/ნ

2007 წლის 27 თებერვალი ქ. თბილისი

სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო
ფორმების დამტკიცების შესახებ

“სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ” საქართველოს კანონის 56-ე მუხლის და 63-ე მუხლის “დ” ქვეპუნქტის შესაბამისად, ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ :

1. დამტკიცდეს სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო ფორმები (დანართი N1-5). (27.04.2010 N 105/ნ)
2. ამ ბრძანების პირველი პუნქტით დამტკიცებული ფორმების (დანართი N1-5) შევსება აუცილებელია უარყოფითი დასკვნის შემთხვევაშიც. (27.04.2010 N 105/ნ)
- 2¹. დანართი N³-ით დამტკიცებულ ფორმა N^{IV}-50/4-ში („სსე შემოწმების აქტის ამონაწერი“) გრაფაში – სსე დიაგნოზი, დაავადების კოდის (ICD-10 კლასიფიკაციის მიხედვით) მითითება აუცილებელია. (21/01.2016 N 01-3/ნ)
3. ძალადაკარგულად ჩაითვალოს „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო ფორმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 1 ოქტომბრის N²⁷¹/ნ ბრძანება.
4. ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნების დღიდან.

ლადო ჭიკაშვილი

დანართი 1

ფორმა NIV-50/1

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი)

(სამედიცინო დაწესებულება)

(სტატუსის მამიებლის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

(სტატუსის მამიებლის მისამართი)

პირადი N^o _____

1. _____
(ქალაქი, რაიონი)

2. _____
(სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

**3. სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის (შემდგომში სსე)
შემოწმების აქტი N _____**

4. _____ (ექსპერტიზის დაწყების თარიღი) 5. _____ (ექსპერტიზის დამთავრების თარიღი)

6. _____ პირადი № _____
(გვარი, სახელი, მამის სახელი)

7. _____ 8. _____
(დაბადების თარიღი) (სქესი)

9. _____
(მისამართი)

10. _____
(შემოწმება: პირველადი, განმეორებით)

11. _____ 12. _____
(ძირითადი პროფესია) (სპეციალობა)

13. _____
(სამუშაო ადგილი, თანამდებობა)

14 გამოკვლევების მონაცემები:

14.1. სუბიექტური გამოკვლევები:

14.1.1 ჩივილები: _____

14.1.2. კლინიკურ-შრომითი ანამნეზი: _____

14.2.3 დამატებითი გამოკვლევის შედეგები:

15. დიაგნოზი, დაავადების კოდი (ICD-10 კლასიფიკაციის მიხედვით):

15.1 ძირითადი დიაგნოზი:

15.2 თანმხლები დიაგნოზი:

16. საექსპერტო დასკვნა:

16.1. დასკვნა შესაძლებლობების შეზღუდვის სტატუსის შესახებ

(სიტყვიერად)

16.2 შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი _____

16.3 შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი დადგინდა 200 წ.1 _____ მდე

16.4. მორიგი გადამოწმების თარიღი 200 წ. _____

16.5 შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგომის დრო _____

16.6. პროფესიული შრომის უნარიანობის დაკარგვის ხარისხი პროცენტებში და გადამოწმების თარიღი

(სიტყვიერად)

16.7 პროფესიული შრომის უნარიანობის დაკარგვის ხარისხის შესახებ გაცემული სსე შემოწმების აქტის ამონაწერის სერია _____ № _____

16.8. პროფესიული შრომის უნარიანობის დაკარგვის ხარისხი გასულ პერიოდში

16.9. დასკვნა შრომის დასაშვები და წინააღმდეგ ნაჩვენებ პირობებსა და ხასიათზე

17. დამატებითი დახმარების სახეობანი _____

18. საბუთები, რომლებიც საფუძვლად დაედო საექსპერტო დასკვნას

19. საექსპერტო დასკვნის მოკლე დასაბუთება _____

20. შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ გაცემული სსე შემოწმების აქტის ამონაწერის სერია _____ N _____

სამედიცინო დაწესებულების
ხელმძღვანელი

() ბ.ა

ექიმი სპეციალისტი

()

დანართი №3 (22.10.2019 N01-74/ნ ამოქმედდეს 2019 წლის 1 ნოემბრიდან)

ფორმა NIV-50/4

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 27. 02. 2007 წლის
№64/ნ ბრძანებით

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

სსე შემოწმების აქტის ამონაწერი სერია №
(იგზავნება პენსიის დამნიშნავ შესაბამის ორგანოში)

პირადი № _____

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

დაბადების თარიღი _____

(წელი, თვე, რიცხვი)

მისამართი _____

შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვის კანონიერი
წარმომადგენელი (მშობელი, მშვილებელი, მეურვე, მზრუნველი ან ნდობით
აღჭურვილი პირი) – გვარი, სახელი, მამის სახელი

მისამართი _____ შემოწმების თარიღი _____

შემოწმდა: პირველად, განმეორებით (ხაზი გაესვას)

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____

(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი _____

შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი დადგინდა 20 წ. ————— მდე მორიგი
გადამოწმების თარიღი 20 წ. —————

(მოსაჭრელი ხაზი)

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

სსე შემოწმების აქტის ამონაწერი სერია №
(იგზავნება სსიპ – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების
სააგენტოში)

პირადი №

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

დაბადების თარიღი

(წელი, თვე, რიცხვი)

მისამართი

შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვის კანონიერი
წარმომადგენელი (მშობელი, მშვილებელი, მეურვე, მზრუნველი ან ნდობით
აღჭურვილი პირი) – გვარი, სახელი, მამის სახელი

მისამართი

შემოწმების თარიღი

შემოწმდა: პირველად, განმეორებით (ხაზი გაესვას)

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ

(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი

შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი დადგინდა 20 წ. ————— მდე

მორიგი გადამოწმების

თარიღი 20 წ. —————

(მოსაჭრელი ხაზი)

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

ცნობა სერია №

(ეძლევა შემოწმებულს)

პირადი № _____
(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

დაბადების თარიღი _____
(წელი, თვე, რიცხვი)

მისამართი _____

შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვის კანონიერი წარმომადგენელი (მშობელი, მშვილებელი, მეურვე, მზრუნველი ან ნდობით აღჭურვილი პირი) – გვარი, სახელი, მამის სახელი

მისამართი _____ შემოწმების თარიღი _____
შემოწმდა: პირველად, განმეორებით (ხაზი გაესვას)

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____
(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი _____
შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი დადგინდა 20 წ. _____ მდე
მორიგი გადამოწმების თარიღი 20 წ. _____
სსე დიაგნოზი

დასკვნა შრომის დასაშვები ან წინააღმდეგ ნაჩვენები პირობებისა და ხასიათის შესახებ

საფუძველი: სსე შემოწმების აქტი № _____
თარიღი _____

ბ.ა.

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____)

ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____)

სსე დიაგნოზი _____

დასკვნა შრომის დასაშვები ან წინააღმდეგ ნაჩვენები პირობებისა და ხასიათის შესახებ

საფუძველი: სსე შემოწმების აქტი № _____

თარიღი _____

ბ.ა.

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____)

ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____)

დასკვნა შრომის დასაშვები ან წინააღმდეგ ნაჩვენები პირობებისა და ხასიათის შესახებ

საფუძველი: სსე შემოწმების აქტი № _____

თარიღი _____

ბ.ა.

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____)

ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____)

სსე შემოწმების აქტის ამონაწერი გაიცემა უფასოდ.

დანართი №4 (22.10.2019 N01-74/5 ამოქმედდეს 2019 წლის 1 ნოემბრიდან)

ფორმა შშმპ-№IV-50/5

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

**სსე აქტის ამონაწერი სერია №
პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხის (პროცენტებში) დადგენის
და სხვა დამატებითი დახმარების საჭიროების შესახებ**

(ზიანის ამნაზღაურებელი ორგანოს დასახელება და მისამართი)

პირადი № _____

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

შემოწმების თარიღი _____

(მოსაჭრელი ხაზი)

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

**სსე აქტის ამონაწერი სერია №
პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხის (პროცენტებში) დადგენის
და სხვა სახის დამატებითი დახმარების საჭიროების შესახებ
(იგზავნება სსიპ – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების
სააგენტოში)**

(ზიანის ანაზღაურებელი ორგანოს დასახელება და მისამართი)

პირადი №

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

შემოწმების თარიღი

(მოსაჭრელი ხაზი)

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

ცნობა სერია №

პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხის (პროცენტებში) დადგენის
და სხვა სახის დამატებითი დახმარების საჭიროების შესახებ
(ედლევა შემოწმებულს)

პირადი №

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

შემოწმების თარიღი

სსე დიაგნოზი

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ

(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი

გადამოწმების თარიღი

შრომითი დასახიჩრების მიღების თარიღი

პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხი პროცენტებში

(სიტყვიერად)

პროცენტის დადგენის თარიღი

გადამოწმების თარიღი

დამატებითი დახმარების საჭიროება

საფუძველი: სსე აქტი №

თარიღი

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი

()

ბ.ა.

ექიმი-სპეციალისტი

()

სსე დიაგნოზი _____

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____
(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი _____
გადამოწმების თარიღი _____
შრომითი დასახიჩრების მიღების თარიღი _____
პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხი პროცენტებში _____
(სიტყვიერად)

პროცენტის დადგენის თარიღი _____
გადამოწმების თარიღი _____
დამატებითი დახმარების საჭიროება _____

საფუძველი: სსე აქტი № _____ თარიღი _____

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____) ბ.ა.
ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____) _____

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____
(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი _____
გადამოწმების თარიღი _____
შრომითი დასახიჩრების მიღების თარიღი _____
—
პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხი პროცენტებში _____
(სიტყვიერად)

პროცენტის დადგენის თარიღი _____
გადამოწმების თარიღი _____
დამატებითი დახმარების საჭიროება _____

საფუძველი: სსე აქტი № _____ თარიღი _____
 სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____) ბ.ა.
 ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____)

დანართი 5
 ფორმა NIV-50/6

**სამედიცინო – სოციალური ექსპერტიზის
 ოქმების
 დ ა ვ თ ა რ ი**

N	გვარი, სახელი, მამის სახელი, პირადი ნომერი	დაბადების წელი, თვე, რიცხვი	მისამართი
1	2	3	4

სსე გატარების მიზანი	პროფესია, სამუშაო ადგილი				სსე გადამოწმებამდე შშ რომელი კატეგორია ჰქონდა
	უწყება	საწარმო, დაწესებულება, ოგანიზაცია	შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგენამდე	ამჟამად	
5	6	7	8	9	10

დიაგნოზი	დაავადების კოდი	დასკვნა შესაძლებლობი შეზღუდვის სტატუსის ან/და პროფ. შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხის დადგენის შესახებ
11	12	13

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზობრივი კავშირი	გადამომოწმების ვადა	შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის ან/და პროფ. შრომისუნარიანობის ხარისხის დადგენის შესახებ აქტის ამონაწერის სერია ___ N ___	სამედ. დაწესებ. ხემძღვან. ხემოწერა	შენიშვნა
14	15	16	17	18

დანართი 6 ამოღებულია (27.04.2010 N 105/6)