

პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის მიზნით, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „დ“ ქვეპუნქტის, მე-15 მუხლის, 132-ე მუხლის მე-2 პუნქტის, 133-ე მუხლის პირველი პუნქტის, „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 31 დეკემბრის №249 დადგენილებით დამტკიცებული დებულების მე-3 მუხლის „ა“ და „ი“ ქვეპუნქტების, მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ და „ნ“ ქვეპუნქტების შესაბამისად, ვბრძანებ:

1. დამტკიცდეს თანდართული „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეები და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმები“ (დანართი 1).
2. 2015 წლის განმავლობაში პერინატალური სამსახურებისთვის რეგიონალიზაციის დონეების მინიჭება და შესაბამისი რეფერალის სქემის უზრუნველყოფა განხორციელდეს პილოტურად, იმერეთისა და რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთის რეგიონში. ამასთან, პერინატალური სერვისის მიმწოდებელთა რეგიონალიზაციის დონის განსაზღვრა მოცემული რეგიონისთვის განხორციელდეს ამ ბრძანების ამოქმედებიდან 1 თვის ვადაში, ხოლო პაციენტის რეფერირების მექანიზმები - ამოქმედდეს ბრძანების ძალაში შესვლიდან 3 თვის შემდეგ.
- 2¹. 2016 წლის განმავლობაში პერინატალური სამსახურებისთვის რეგიონალიზაციის დონეების მინიჭება და შესაბამისი რეფერალის სქემის უზრუნველყოფა განხორციელდეს ქვემო ქართლის რეგიონში, ასევე ქ. თბილისის „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში „მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა მკურნალობა“ მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებში.
[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის ბრძანება №01-10/5 - ვებგვერდი, 07.03.2016წ.](#)
3. 2018 წლის 1 იანვრამდე პერინატალური სამსახურებისათვის რეგიონალიზაციის დონეების მინიჭებას და რეგიონალიზაციის პროცესის კოორდინაციას განხორციელებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით შექმნილი „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეების შეფასების საკოორდინაციო ჯგუფი“ (შემდგომში – საკოორდინაციო ჯგუფი).
[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/5 - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)
- 3¹. პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის პროექტი განხორციელდეს ეტაპობრივად, ქვეყნის მასშტაბით, საკოორდინაციო ჯგუფის მიერ განსაზღვრული გეგმის შესაბამისად.
[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის ბრძანება №01-10/5 - ვებგვერდი, 07.03.2016წ.](#)
- 3². 2018 წლის 1 იანვრიდან პერინატალური სერვისის მიწოდება განხორციელდეს მხოლოდ იმ დაწესებულებებში, რომელთაც მინიჭებული აქვთ პერინატალური რეგიონალიზაციის სათანადო დონე.
[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/5 - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)
4. პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებები ვალდებული არიან, უზრუნველყონ „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთათვის პასპორტიზაციის წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 4 აგვისტოს №01-33/5 ბრძანებით განსაზღვრულ ელექტრონული ჯანდაცვის საინფორმაციო პორტალზე (შემდგომში – ელექტრონული პორტალი) შესაბამისი მონაცემების განთავსება და ფაქტობრივი მდგომარეობის ნებისმიერი სახის ცვლილების შემთხვევაში – მონაცემების განახლება.
[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/5 - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)
5. ელექტრონულ პორტალზე პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების მიერ განთავსებული მონაცემები უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას პერინატალური სერვისის დონის შესახებ, რომელსაც განსაზღვრავს პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი, შემდეგი პრინციპის გათვალისწინებით:



ა) იმ შემთხვევაში, თუ პერინატალური სერვისის მიმწოდებელს პერინატალური სერვისის დონე მინიჭებული აქვს საკოორდინაციო ჯგუფის მიერ, მიეთითება აღნიშნული დონე;

ბ) იმ შემთხვევაში, თუ პერინატალური სერვისის მიმწოდებელს საკოორდინაციო ჯგუფის მიერ ჯერ არ აქვს მინიჭებული პერინატალური სერვისის დონე, ელექტრონულ პორტალზე განსათავსებელ ინფორმაციას დონის შესახებ განსაზღვრავს მიმწოდებელი, წინამდებარე ბრძანების კრიტერიუმების მიხედვით.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

6. 2018 წლის 1 იანვრამდე პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულების მიერ ელექტრონულ პორტალზე განთავსებული მონაცემები, პერინატალური სერვისის დონის მინიჭების მიზნით, ფასდება ამ ბრძანების მე-3 პუნქტით განსაზღვრული საკოორდინაციო ჯგუფის მიერ.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

7. 2018 წლის 1 იანვრამდე ცალკეული დაწესებულებისათვის მინიჭებული რეგიონალიზაციის დონის ცვლილება განხორციელდება სერვისის მიმწოდებლის მიერ ელექტრონულ პორტალზე განთავსებული მონაცემების განახლების და საკოორდინაციო ჯგუფის მიერ შესაბამისი ღონისძიებების გატარების შემთხვევაში, ამ ბრძანების მე-6 პუნქტის შესაბამისად.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8. პერინატალური რეგიონალიზაციის პროცესის მიმდინარეობაზე 2018 წლის 1 იანვრამდე მონიტორინგს განხორციელებს საკოორდინაციო ჯგუფი.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის ბრძანება №01-10/ნ - ვებგვერდი, 07.03.2016წ.](#)

8¹. პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი ყველა დაწესებულება ვალდებულია უზრუნველყოს დონის შესაბამისი მომსახურების მიწოდება და განხორციელოს ანგარიშგება.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8². 2018 წლის 1 იანვრიდან პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების მონიტორინგის განხორციელებას უზრუნველყოფს სამინისტრო, ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის (შემდგომში – დეპარტამენტი) მეშვეობით.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8³. 2018 წლის 1 იანვრიდან პერინატალური სერვისის დონის მინიჭებას უზრუნველყოფს საკოორდინაციო ჯგუფი, სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს (შემდგომში – სააგენტო) მეშვეობით.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8⁴. ამ ბრძანების 8³ პუნქტით განსაზღვრულ შემთხვევაში პერინატალური სერვისის დონის მაძიებელი სააგენტოში წარადგენს განაცხადს პერინატალური რეგიონალიზაციის კონკრეტული დონის მოთხოვნის შესახებ (დაწესებულების დასახელების, იურიდიული და ფაქტობრივი მისამართის მითითებით). განაცხადს თან უნდა დაერთოს:

ა) ელექტრონულ პორტალზე განთავსებული „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთათვის პასპორტიზაციის წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 4 აგვისტოს №01-33/ნ ბრძანების 1.2 დანართით (პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულების საპასპორტო მონაცემები) განსაზღვრული ფორმის შევსებული ვერსია (ამობეჭდილი);

ბ) სპეციალისტების (მეან-გინეკოლოგების, ნეონატოლოგების, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების, ექთნებისა და ბეზიქალების) მუშაობის გეგმა-გრაფიკი (განცხადების შემოტანიდან 3 თვის განმავლობაში), კონკრეტული სპეციალისტების სახელის, გვარის, პირადი ნომრის, სამუშაო დღეებისა და საათების მითითებით.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8⁵. განაცხადის წარდგენის შემდეგ, სააგენტო ამოწმებს დოკუმენტაციის (განაცხადი და თანდართული დოკუმენტაცია) შესაბამისობას ამ ბრძანების 8⁴ პუნქტით დადგენილ მოთხოვნებთან. სააგენტო შემოსულ დოკუმენტაციას განიხილავს 10 სამუშაო დღის ვადაში. არასრულყოფილი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემთხვევაში პერინატალური სერვისის დონის მაძიებელს ეძლევა 10 სამუშაო დღე დოკუმენტაციის



მოსაწესრიგებლად, რომლის თაობაზეც მას ეცნობება სააგენტოს მიერ.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8⁶. იმ შემთხვევაში, თუ ამ ბრძანების 8⁵ პუნქტით დადგენილ ვადაში სააგენტოში არ იქნება წარდგენილი შესაბამისი დოკუმენტები, სააგენტოს მიერ, დადგენილი ვადის გასვლიდან 5 სამუშაო დღეში, პერინატალური სერვისის დონის მაძიებელს ეგზავნება შეტყობინება პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის მინიჭებაზე უარის თქმის შესახებ.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8⁷. ამ ბრძანების 8⁴ პუნქტით განსაზღვრული დოკუმენტაციის სრულყოფილად წარმოდგენის შემთხვევაში სააგენტოს უფროსი გამოსცემს ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივ აქტს (ბრძანებას) პერინატალური სერვისის დონის შეფასების მიზნით დაწესებულებაში ვიზიტის განხორციელების თაობაზე. ვიზიტის მიზანია, დადგინდეს „პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულების საპასპორტო მონაცემებში“ მითითებული მონაცემების ამ ბრძანებით განსაზღვრულ პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების კრიტერიუმებთან შესაბამისობა. ვიზიტის ფარგლებში, სააგენტოს თანამშრომლები უფლებამოსილნი არიან, მოიძიონ და გადაამოწმონ კონკრეტული მონაცემები.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8⁸. ამ ბრძანების 8⁷ პუნქტით განსაზღვრული ვიზიტის დასრულების შემდეგ დგება ოქმი, ორ ეგზემპლარად. ოქმი წარმოადგენს პერინატალური სერვისის დონის მაძიებელ დაწესებულებებში არსებული ფაქტობრივი გარემოებების აღწერას. ოქმით დგინდება მაძიებლის პირობების შესაბამისობა პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებებისადმი ამ ბრძანებით დადგენილ კრიტერიუმებთან.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8⁹. ამ ბრძანების 8⁷ პუნქტით განსაზღვრული ვიზიტის დასრულებისას სააგენტოს თანამშრომლები პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის მაძიებელ დაწესებულებას აცნობენ ოქმს, რაც დასტურდება ოქმზე სააგენტოს უფლებამოსილი თანამშრომლისა და დაწესებულების წარმომადგენლის ხელმოწერით. ოქმის ერთი ეგზემპლარი რჩება დაწესებულებაში. ოქმის წარმოდგენის შემდეგ, სააგენტოს უფროსი საკოორდინაციო ჯგუფს მიმართავს შესაბამისი მოხსენებითი ბარათით, რომელსაც თან ერთვის ოქმის ასლი.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8¹⁰. საკოორდინაციო ჯგუფი განიხილავს ამ ბრძანების 8⁹ პუნქტით განსაზღვრულ მოხსენებით ბარათს (ასევე, ოქმს) და იღებს გადაწყვეტილებას პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის მინიჭების შესახებ.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8¹¹. საკოორდინაციო ჯგუფი გადაწყვეტილებას პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის მინიჭების შესახებ იღებს ამ ბრძანების 8⁴ პუნქტით განსაზღვრული განაცხადის წარმოდგენიდან ორი თვის ვადაში. აღნიშნული ვადა, საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია გაგრძელდეს 3 თვემდე.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8¹². საკოორდინაციო ჯგუფი იღებს ამ ბრძანების 8¹⁰ პუნქტით განსაზღვრულ შემდეგ გადაწყვეტილებას:

- ა) პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის მინიჭების შესახებ;
- ბ) პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის მინიჭებაზე უარის თქმის შესახებ.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8¹³. დაწესებულებისათვის ამ ბრძანების 8¹² პუნქტით განსაზღვრული პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის მინიჭება ხდება არაუმეტეს 2 წლის ვადით. პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი ვალდებულია ფაქტობრივი მდგომარეობის ნებისმიერი სახის ცვლილება დაუყოვნებლივ ასახოს ელექტრონულ პორტალზე შევსებულ საკუთარი პასპორტიზაციის მონაცემებში.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8¹⁴. ამ ბრძანების 8¹² პუნქტით განსაზღვრული გადაწყვეტილება პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის



მინიჭების შესახებ ფორმდება საკოორდინაციო ჯგუფის სხდომის ოქმის სახით და გაიცემა სათანადო დოკუმენტი (მოწმობა). სხდომის ოქმი უნდა აკმაყოფილებდეს საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტისათვის გათვალისწინებულ რეკვიზიტებს.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8¹⁵. ამ ბრძანების 8¹⁴ პუნქტით განსაზღვრული პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის მინიჭების შესახებ დოკუმენტის (მოწმობის) ფორმას ამტკიცებს სამინისტრო, ხოლო მისი გაცემის ორგანიზაციულ უზრუნველყოფას ახორციელებს სააგენტო, რომელიც, ასევე, აწარმოებს პერინატალური სერვისის იმ მიმწოდებელთა რეესტრს, რომელთაც საკოორდინაციო ჯგუფის გადაწყვეტილებით მიენიჭათ პერინატალური რეგიონალიზაციის დონე.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8¹⁶. ამ ბრძანების 8¹² პუნქტით განსაზღვრული საკოორდინაციო ჯგუფის გადაწყვეტილება პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის მინიჭების შესახებ შეიძლება გასაჩივრდეს მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8¹⁷. დეპარტამენტი, ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის რეგისტრის (ელექტრონული მოდული) (ფ. IV-20) მონაცემების ანალიზისა და სხვა ფაქტობრივი გარემოებების გათვალისწინებით (მ.შ. საჩივარი/განცხადება კონკრეტულ დაწესებულებასთან დაკავშირებით), საკოორდინაციო ჯგუფს წარუდგენს ინფორმაციას პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში არსებული მდგომარეობის შესახებ.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8¹⁸. გადაწყვეტილებას პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების მიმართ გასატარებელი ღონისძიებების თაობაზე, ამ ბრძანების 8¹⁷ პუნქტით განსაზღვრული ინფორმაციის საფუძველზე, იღებს საკოორდინაციო ჯგუფი, მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით განსაზღვრული წესის შესაბამისად.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

8¹⁹. პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება უფლებამოსილია, პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის ცვლილების მიზნით მიმართოს სააგენტოს. ამ შემთხვევაში პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის ცვლილება განხორციელდება ამ ბრძანების 8³ – 8¹¹ პუნქტების შესაბამისად.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

9. ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის მინისტრი

დავით სერგენკო

დანართი 1

პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეები და პაციენტის

რეფერალის კრიტერიუმები

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. სისტემა, რომელიც განსაზღვრავს პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებს, წარმოადგენს პერინატალური სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოდელს. იგი ეფუძნება ორსულთა, დედათა და ახალშობილთა პერინატალური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების კლასიფიკაციას მათი



სიმძლავრეების მიხედვით, რაც, რისკის შესაბამისად, უზრუნველყოფს ორსულების, დედებისა და ახალშობილებისთვის მოვლის დიფერენცირებული სისტემის დანერგვას.

2. პერინატალური სისტემის რეგიონალიზაციის მიზანია ორსული ქალების, დედებისა და ახალშობილებისათვის სათანადო დონის, მაღალი ხარისხის, უსაფრთხო და დროული მოვლის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა მშობიარობამდე, მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

3. ორსულთა, დედათა და ახალშობილთა პერინატალური მოვლის დონეების კლასიფიკაცია ეფუძნება ქვეყნის საჭიროებებსა და რეალობაზე მორგებულ კრიტერიუმებს. აღნიშნული კრიტერიუმების თანახმად, პერინატალური მოვლის სისტემა იყოფა სამ დონედ: მოვლის საბაზისო (I) დონე, მოვლის სპეციალიზებული (II) დონე, მოვლის სუბსპეციალიზებული (III) დონე.

მუხლი 2. პერინატალური მოვლის რეგიონალური სისტემა

1. ამ ბრძანების მიზნებისათვის პერინატალური სერვისის მოიცავს: ანტენატალურ (ორსულთა პატრონაჟი), სამეანო (დედის - მშობიარის/მელოგინის მოვლა) და ნეონატალურ (ახალშობილთა მოვლა) სერვისებს.

2. ყველა სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს ორსულთა, დედათა და ახალშობილთა პერინატალურ სერვისს, ექვემდებარება წინამდებარე დოკუმენტით განსაზღვრული კრიტერიუმებით შეფასებას, რაც მისთვის პერინატალური მოვლის სათანადო დონის განსაზღვრის საფუძველია.

3. ორსულთა, დედათა და ახალშობილთა პერინატალური მოვლის დონეების განსაზღვრა უზრუნველყოფს სხვადასხვა დონეებს შორის ფუნქციური კავშირების დადგენას, რაც გართულებული მდგომარეობების დროს უფრო მაღალი დონის სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში პაციენტების დროული და ადეკვატური რეფერალის საფუძველია. პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმები განისაზღვრება დანართი 1.1- ის შესაბამისად.

4. პერინატალური სერვისის მიმწოდებელმა დაწესებულებამ, გამონაკლის შემთხვევაში, შესაძლებელია, ერთდროულად მიაწოდოს II დონის სამეანო მოვლისა და III დონის ნეონატალური მოვლის სერვისები. აღნიშნული ვრცელდება მხოლოდ იმ დაწესებულებებზე, რომლებსაც პერინატალური სერვისის შესაბამისი დონე მინიჭებული აქვთ/მიენიჭებათ 2017 წლის 1 აპრილამდე. აღნიშნული დაწესებულებების წლიური ბრუნვა უნდა იყოს ≥ 1800 მშობიარობა წელიწადში (ან ≥ 150 მშობიარობა თვეში) და მათ, ასევე, უნდა ჰქონდეთ ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის (NICU) ერთეული (განყოფილება, დეპარტამენტი და ა.შ.). გამონაკლისის წარმოადგენს საკოორდინაციო ჯგუფის გადაწყვეტილება პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი იმ სამედიცინო დაწესებულების მიმართ (წლიური ბრუნვით < 1800 -ზე), რომლის მიღწევადობა უახლოეს სუბსპეციალიზებული (III დონის) პერინატალური მოვლის სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებამდე აღემატება 120 წუთს ან/და განთავსებულია საზღვრისპირა მუნიციპალიტეტში/რეგიონში. აღნიშნული პერინატალური სერვისის ფარგლებში დაწესებულებას უფლება აქვს, მიიღოს ნაადრევი მშობიარობა და უზრუნველყოს III დონის ნეონატალური მოვლა, მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით.

5. ყველა დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა, რომელიც მოიცავს სიკვდილთან ახლოს მდგარი (Near-miss) შემთხვევების დოკუმენტირებული გარჩევის და/ან მშობიარობის გამოსავლების კლინიკური აუდიტის სისტემას, ასევე, ყოველკვარტალურ დოკუმენტირებულ აღრიცხვას შემდეგი ძირითადი მონაცემების მიხედვით:

ა) პირველადი საკეისრო კვეთების რაოდენობა (ასევე, მათი წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობაში) დაბალი რისკის ქალებში;

ბ) სამეანო სისხლდენების საერთო რაოდენობა (ვაგინალური მშობიარობის და საკეისრო კვეთის შემთხვევაში);

გ) დედათა გადაყვანა კრიტიკული მოვლის განყოფილებაში და/ან სხვა დაწესებულებაში;

დ) დედათა სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა მიზეზების მიხედვით;

ე) ახალშობილთა გადაყვანა ახალშობილთა ინტენსიური სერვისის მიმწოდებელ განყოფილებაში და/ან სხვა დაწესებულებაში (წონითი კატეგორიების მიხედვით);



ვ) ინტრანატალურ მკვდრადშობილთა რაოდენობა;

ზ) ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა მიზეზების მიხედვით.

6. ყველა დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების პერსონალი (მეან-გინეკოლოგი, ნეონატოლოგი) ვალდებულია, 2 წელიწადში ერთხელ აიმაღლოს ცოდნა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში მონაწილეობის საშუალებით (უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები აკრედიტებული უნდა იყოს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით). ამასთან:

ა) ნეონატოლოგები უნდა მონაწილეობდნენ უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში შემდეგ საკითხებთან დაკავშირებით:

ა.ა) მაღალი რისკის ახალშობილთა მართვა (მ.შ. რისკს-ჯგუფის ახალშობილთა, ძირითადი ნეონატალური პათოლოგიების დროული იდენტიფიცირება, ადრეული ინტერვენცია, წინასატარანსპორტო სტაბილიზაცია, სამშობიარო ბლოკში პირველადი დახმარება/ახალშობილის რეანიმაცია);

ა.ბ) კრიტიკულ ახალშობილთა მართვის თანამედროვე პრინციპები (მხოლოდ სუბსპეციალიზებული (III) დონის სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტების შემთხვევაში).

ბ) მეან-გინეკოლოგები უნდა მონაწილეობდნენ უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში შემდეგ საკითხებთან დაკავშირებით:

ბ.ა) ნაყოფის ფუნქციური მდგომარეობის ინტრანატალური შეფასება;

ბ.ბ) სამშობიარო ბლოკ-პალატაში ლოგინობის ხანაში ადრეული სისხლდენის განვითარების პრევენცია, დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;

ბ.გ) ანტენატალური ზედამხედველობა.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 24 მარტის ბრძანება №01-11/ნ - ვებგვერდი, 24.03.2017წ.](#)

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 24 მარტის ბრძანება №01-12/ნ - ვებგვერდი, 24.03.2017წ.](#)

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 21 დეკემბრის ბრძანება №01-71/ნ - ვებგვერდი, 21.12.2017წ.](#)

მუხლი 3. ანტენატალური მოვლა

1. ადეკვატური და ხარისხიანი ანტენატალური მოვლა ნიშნავს ორსული ქალებისათვის რისკების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას, რაც უზრუნველყოფს ორსულობის პერიოდის გართულებების შემცირებასა და მშობიარობის გამოსავლის გაუმჯობესებას.

2. ანტენატალური მოვლის საფეხურზე ორსულები ნაწილდებიან რისკის ორ კატეგორიაში: დაბალი და მაღალი.

3. მაღალი რისკის ორსულობას განეკუთვნება ისეთი ორსულობა, რომლის დროსაც ქალს უკვე დასჭირდა ან მაღალი ალბათობით დასჭირდება სამედიცინო დახმარება მოვლის სპეციალიზებულ/სუბსპეციალიზებულ დონეზე.

4. ანტენატალური მოვლის საფეხურზე პასუხისმგებელი სამედიცინო პერსონალის მოქმედების ალგორითმები შეიძლება მოიცავდეს დაკვირვებას (კონსულტაცია) ან/და აქტიურ ჩარევას (ჰოსპიტალიზაცია, დამატებითი კვლევები, მკურნალობა, რეფერალი და ა.შ.).

5. ანტენატალური რისკის შეფასების შემდგომ ხორციელდება მოვლის სათანადო გეგმის შემუშავება, რაც მოიცავს კონსულტაციებსა და რეფერალს საბაზისო (დონე A), სპეციალიზებული (დონე B) და სუბსპეციალიზებული (დონე C) ანტენატალური მოვლის სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში.

6. ორსულის მდგომარეობის შეფასება უნდა განხორციელდეს ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებასთან ყოველი კონტაქტის დროს (ანტენატალურ მეთვალყურეობაზე დადგომისას და ყოველ შემდგომ ვიზიტზე), რათა დროულად მოხდეს არსებული რისკების შეფასება და შემდგომი გართულებების პრევენცია.



7. პირველადი ანტენატალური მეთვალყურეობის შედეგად მიღებული კლინიკური მონაცემები (სრულად) ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პერინატალური მოვლის ყველა საფეხურზე, როგორც მეან-გინეკოლოგებისათვის, ისე ნეონატოლოგებისთვის.

მუხლი 4. ანტენატალური მოვლის დონეები

1. ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებები, სხვადასხვა რისკის და საჭიროების ორსულების მართვის შესაძლებლობის მიხედვით, იყოფა სამ დონედ: საბაზისო (A), სპეციალიზებულ (B) სუბსპეციალიზებულ (C) დონეებად.

2. საბაზისო დონე (A) - ორსულთა ამბულატორიული მოვლა: ხორციელდება სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც უზრუნველყოფს ქალებისათვის ამბულატორიული ანტენატალური სერვისის მიწოდებას. ანტენატალური მოვლის ამ დონეზე მიმდინარეობს:

ა) ფიზიოლოგიური ორსულობის მქონე ქალების მოვლა - რუტინული მშობიარობამდელი მეთვალყურეობა, რომელიც მოიცავს ფიზიკურ გასინჯვასა და შედეგების ინტერპრეტაციას, რუტინულ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, გესტაციური ასაკისა და ორსულობის ნორმალური მიმდინარეობის შეფასებას, არსებული რისკების შეფასებას, ფსიქოლოგიურ დახმარებას, მშობიარობასთან დაკავშირებულ განათლებას და საჭიროების შემთხვევაში, შესაბამისი სპეციალისტების კონსულტაციებისა და რეფერალის უზრუნველყოფას.

ბ) მაღალი რისკის იმ ორსულების ამბულატორიული მოვლა, რომელთაც არ ესაჭიროებათ ჰოსპიტალიზაცია. საბაზისო მოვლის ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში ასეთი ორსულების მართვა ასევე შესაძლებელია, განხორციელდეს II ან III დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია/კოორდინაციის საშუალებით, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს რთული შემთხვევების მართვის უწყვეტობა მშობიარობამდე, მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდეგ.

3. სპეციალიზებული დონე (B) - იმ ორსულთა სტაციონარული მოვლა, რომლებსაც ესაჭიროებათ ორსულობასთან დაკავშირებული სტაციონარული დახმარება ხანმოკლე დროით (საშუალოდ 7 დღე). ასეთი ორსულების მართვა უნდა განხორციელდეს II ან III დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში. მკურნალობის დასრულების შემდეგ მათი ანტენატალური მოვლა, მიღებული რეკომენდაციების გათვალისწინებით, შესაძლებელია გაგრძელდეს ამავე ან რეფერალის განმახორციელებელ დაწესებულებებში.

4. სუბსპეციალიზებული დონე (C) - მაღალი რისკის მქონე ორსულების მართვა, როდესაც საჭიროა ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია (საშუალოდ 7 დღეზე მეტი ხნის განმავლობაში) და/ან სუბსპეციალიზებული (III) დონის მოვლა. ასეთი ორსულების მართვა უნდა განხორციელდეს მხოლოდ III დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში. მკურნალობის დასრულების შემდეგ მათი ანტენატალური მოვლა, მიღებული რეკომენდაციების გათვალისწინებით, შესაძლებელია, გაგრძელდეს ამავე ან რეფერალის განმახორციელებელ დაწესებულებებში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ორსული საჭიროებს ხანგრძლივ და მუდმივ მეთვალყურეობას (მათ შორის, სტაციონარულ მკურნალობას) რეფერალის განმახორციელებელზე უფრო მაღალი დონის ანტენატალური და პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების ექიმ-სპეციალისტების მიერ.

მუხლი 5. პერინატალური მოვლის დონეები

1. პერინატალური მოვლის დონე დგინდება შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრით, რაც განსაზღვრავს პაციენტებისათვის გაწეული მომსახურების მასშტაბს.

2. პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრე განისაზღვრება ინფრასტრუქტურით, აღჭურვილობით, სამედიცინო პერსონალის ხელმისაწვდომობითა და კომპეტენციით.

3. პერინატალური სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება ხორციელდება სამ ძირითად დონეზე: მოვლის საბაზისო (I) დონე, მოვლის სპეციალიზებული (II) დონე და მოვლის სუბსპეციალიზებული (III) დონე.

მუხლი 6. პერინატალური მოვლის საბაზისო (I) დონე



1. საბაზისო (I) დონის მოვლა მოიცავს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას ფიზიოლოგიურად მიმდინარე მშობიარობებისას.
2. საბაზისო (I) დონის სერვისის მიმწოდებელმა დაწესებულებამ შესაძლოა, მართოს გართულებული მშობიარობები მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში, როცა ობიექტური მიზეზების (პაციენტის მდგომარეობა - რეფერალის რისკი აღემატება პაციენტის ადგილზე მოვლით მიღებულ სარგებელს; გეოგრაფიულ-კლიმატური პირობები) გამო ვერ ხერხდება უფრო მაღალი დონის დაწესებულებაში მშობიარის ტრანსპორტირება. ამ შემთხვევაში პაციენტის მართვა ხორციელდება უფრო მაღალი დონის სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებასთან აქტიური კომუნიკაციით, ხოლო, საჭიროების შემთხვევაში, ადგილზე კონსულტაციისათვის გამოძახებულ უნდა იქნეს შესაბამისი რეფერალური სერვისის მიმწოდებელი. შემთხვევის დასრულებისთანავე უნდა მიღებული იქნეს გადაწყვეტილება პაციენტთა (დედა, ახალშობილი) ტრანსპორტირების შესახებ დანართი 1.1-ით განსაზღვრული პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების მიხედვით.
3. მოვლის საბაზისო (I) დონის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების საქმიანობის მოცულობა და მის მიმართ წაყენებული მოთხოვნები განისაზღვრება დანართი 1.2-ით.

მუხლი 7. პერინატალური მოვლის სპეციალიზებული (II) დონე

1. დედათა მოვლის სპეციალიზებული (II) დონის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება ახორციელებს სამედიცინო მოვლას როგორც ფიზიოლოგიური, ასევე რისკის მქონე ორსულობისა და მშობიარობის შემთხვევაში. აღნიშნული სერვისის მიმწოდებელმა დაწესებულებებმა, აგრეთვე, უნდა უზრუნველყონ მშობიარობის პროცესში ყველა იმ გადაუდებელი მდგომარეობის მართვა, რომლებიც არ საჭიროებენ სუბსპეციალიზებულ მოვლას.
2. ნეონატალური მოვლის II დონე უზრუნველყოფს სერვისის მიწოდებას ჯანმრთელი, დღენაკლი (≥ 34 0/7 კვირის გესტაციური ასაკის) და საშუალო სიმძიმის ახალშობილებისათვის.
3. დედათა და ახალშობილთა მოვლის სპეციალიზებული (II) დონის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების საქმიანობის მოცულობა და მათ მიმართ წაყენებული მოთხოვნები განისაზღვრება 1.2 დანართის შესაბამისად.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

მუხლი 8. დედათა და ახალშობილთა მოვლის სუბსპეციალიზებული (III) დონე

1. დედათა და ახალშობილთა სუბსპეციალიზებული (III დონის) მოვლის მიწოდება უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს პერინატალურ ცენტრში, რომელიც წარმოადგენს მრავალპროფილიანი სტაციონარის (ქვეტიპი „AC“) ან რეფერალური მრავალპროფილიანი სტაციონარის (ქვეტიპი „AD“) („სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაციის განსაზღვრის თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის N01-9/ნ ბრძანება) ნაწილს. ამასთან, აღნიშნული სტაციონარის საწოლფონდი უნდა იყოს 150 ან მეტი. ამ საწოლფონდის 1/5-ს ან მეტს უნდა შეადგენდეს სამედიცინო საწოლები. ცენტრი უზრუნველყოფს ორსულობისა და მშობიარობის მძიმე გართულებების ინტერდისციპლინური მართვისათვის მაღალსპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას. პერინატალური ცენტრი ახორციელებს სამედიცინო და ნეონატალურ მოვლას როგორც ფიზიოლოგიური, ისე რისკის მქონე ორსულობისა და მშობიარობის შემთხვევაში, ასევე, რეფერირებული პაციენტების მართვას. აღნიშნული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებს უნდა გააჩნდეთ ახალშობილთა ინტენსიური მართვის (NICU) ერთეული (განყოფილება, დეპარტამენტი და ა.შ.), ინტენსიური მოვლისა და კრიტიკული მდგომარეობების მართვის ერთეული (განყოფილება, დეპარტამენტი და ა.შ.) დედაებისათვის და მძლავრი ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური შესაძლებლობები, ასევე, თერაპიული და ქირურგიული პროფილის სპეციალისტებზე ხელმისაწვდომობა.
2. სუბსპეციალიზებული (III) დონის ახალშობილთა მოვლის მიწოდება შესაძლებელია უზრუნველყოფილ იქნეს პედიატრიულ მრავალპროფილიან სტაციონარებსა (ქვეტიპი „AC¹“) და პედიატრიულ რეფერალურ მრავალპროფილიან სტაციონარებში (ქვეტიპი „AD¹“) („სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაციის



განსაზღვრის თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის N01-9/6 ბრძანება), რომლებსაც გააჩნიათ ახალშობილთა ინტენსიური მართვის (NICU) ერთეული (განყოფილება, დეპარტამენტი და ა.შ.) და ახორციელებენ ინტენსიური/კრიტიკული ნეონატალური სერვისის მიწოდებას, მათ შორის, რეფერირებული პაციენტების შემთხვევაში, ასევე, ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისის (NICU) მიმწოდებელ სპეციალიზებულ სტაციონარებში, რომლებსაც ამ ბრძანების ამოქმედებისათვის მოპოვებული აქვთ სტაციონარული დაწესებულების ნებართვა (სათანადო სანებართვო დანართით). ამ დონეზე უნდა განხორციელდეს ყველა იმ ახალშობილის სამედიცინო მომსახურება, რომელსაც ესაჭიროება ინტენსიური/კრიტიკული მოვლა, ან აქვს ძალზე მცირე მასა (<1500 გ) და/ან დაბალი გესტაციური ასაკი (<34 კვირა).

3. პერინატალური მოვლის სუბსპეციალიზებული (III) დონის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების საქმიანობის მოცულობა და მათ მიმართ წაყენებული მოთხოვნები განისაზღვრება 1.2 დანართის შესაბამისად.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის ბრძანება №01-10/6 - ვებგვერდი, 07.03.2016წ.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/6 - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.

დანართი 1.1.

პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმები

მუხლი 1. ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა რეფერალი

1. მდგომარეობები/პაციენტთა კატეგორიები, რომლებიც იმართება საბაზისო მოვლის (I) დონის დაწესებულებებში:

ა) ერთნაყოფიანი ორსულობა, კეფით წინა მდებარეობით;

ბ) 37 0/7 – 41 0/7 კვირის ორსულობა;

გ) გაურთულებელი სამეანო ანამნეზი (მკვდრადშობადობის, ნეონატალური სიკვდილის, იზოიმუნიზაციის, გესტაციური დიაბეტის, პრეეკლამფსიის, სისხლდენის გარეშე);

დ) მიმდინარე ორსულობა გართულებების გარეშე;

ე) ნებისმიერი წინა ორსულობისას გადატანილი საკეისრო კვეთის ან მიმდინარე ორსულობის დადგომამდე საშვილოსნოზე ოპერაციული ჩარევის გარეშე;

ვ) ექსტრაგენიტალური სამედიცინო პათოლოგიების არარსებობა;

ზ) პირველმშობიარეს ასაკი ≥ 16 და ≤ 35 წელი;

თ) ორსულის სიმაღლე ≥ 150 სმ;

ი) $BMI \leq 35$ ან ≥ 17 .

2. მდგომარეობები/პაციენტთა კატეგორიები, რომლებიც ექვემდებარებიან რეფერალს საბაზისო (I) დონიდან და იმართებიან სპეციალიზებული მოვლის (II) დონის დაწესებულებებში:

ა) დედის ანამნეზი:

ა.ა) გენიტალური ტრაქტის დიაგნოსტირებული ანომალია;

ა.ბ) საშვილოსნოს ყელზე გადატანილი ქირურგიული ჩარევა (საშვილოსნოს ყელის კონიზაცია, ლაზერული ამოკვეთა, საშვილოსნოს ყელის ელექტროქირურგიული ამომკვეთი პროცედურა);

ა.გ) ნებისმიერი წინა ორსულობისას გადატანილი საკეისრო კვეთა, საშვილოსნოზე სხვა ქირურგიული ჩარევა (მიომექტომია, ჯოუბექტომია ლაპარაქტომიით, გადატანილი პერფორაცია);



ა.დ) ორსულის ასაკი პირველმშობიარეებში <16 და > 35წელი;

ა.ე) ორსულის სიმაღლე < 150 სმ;

ა.ვ) BMI >35 ან <17;

ბ) ექსტრაგენიტალური პათოლოგიები:

ბ.ა) არტერიული ჰიპერტენზია I ხარისხი;

ბ.ბ) პულმონალური ჰიპერტენზია I ხარისხი;

ბ.გ) გესტაციური დიაბეტი, არა ინსულინდამოკიდებული;

ბ.დ) ქრონიკული ქოლესისტიტი;

ბ.ე) ქრონიკული ჰეპატიტი;

ბ.ვ) მძიმე რკინადეფიციტური ანემია (<8გრ/დლ);

ბ.ზ) თალასემია;

ბ.თ) ეპილეფსია;

ბ.ი) პიელონეფრიტი;

ბ.კ) ბრონქული ასთმა;

ბ.ლ) მწვავე რესპირაციული მდგომარეობა სუნთქვის უკმარისობის გარეშე;

ბ.მ) ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი;

ბ.ნ) ინფექციური დაავადებები (მწვავე ციტომეგალოვირუსი, ტოქსოპლაზმოზი, ჰერპესი, ქლამიდია);

ბ.ო) აივ-ინფექცია/შიდსი;

გ) სამეანო მდგომარეობები:

გ.ა) მშობიარობა ≥ 34 0/7 კვ.;

გ.ბ) სანაყოფო გარსების მშობიარობამდელი გახევა (≥ 34 0/7 კვირაზე);

გ.გ) პრეეკლამფსია მსუბუქი და მძიმე ხარისხის;

გ.დ) მრავალნაყოფიანი ორსულობა (2 ნაყოფი);

გ.ე) ვაგინალური მშობიარობა გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ;

გ.ვ) პლაცენტის დაბალი მიმაგრება;

გ.ზ) პლაცენტის წინმდებარეობა;

გ.თ) გესტაციური ასაკისთვის დიდი ნაყოფი;

გ.ი) ნაყოფის არასწორი მდებარეობა/წინმდებარეობა;

გ.კ) დაგვიანებული მშობიარობა >41 0/7 კვ;

გ.ლ) მკვდარი ნაყოფი;



გ.მ) ნაყოფის განვითარების ანომალიები, სპეციალისტის მუდმივი მონიტორინგის და/ან ქირურგიული ინტერვენციის საჭიროების გარეშე;

გ.ნ) სამეანო სისხლდენა;

გ.ო) ლოგინობის ხანის ინფექციები (მეტროენდომეტრიტი, ცხელება);

გ.პ) ნაყოფის საშვილოსნოსში და ზრდის შეფერხება (ნაყოფის სავარაუდო მასა (EFW) < 10th პერცენტილი ან მუცლის გარშემოწერილობა (AC) 5th პერცენტილი ულტრაბგერაზე ან მუცლის გარშემოწერილობის შეუსაბამობა ზრდის სხვა პარამეტრებთან და შემცირებული სანაყოფე სითხე ან დოპლეროგრაფიით ჭიპლარის არტერიაში ნულოვანი ან რევერსული დიასტოლური ნაკადი);

გ.ჟ) ორსულისა და ახალშობილის ყველა სხვა მდგომარეობა, რომლებიც არ არის მითითებული III დონის რეფერალის კატეგორიაში.

3. მდგომარეობები/პაციენტთა კატეგორიები რომლებიც ექვემდებარებიან რეფერალს საბაზისო (I) და სპეციალიზებული (II) დონიდან და იმართებიან სუბსპეციალიზებული მოვლის (III) დონის დაწესებულებაში:

ა) ექსტრაგენიტალური პათოლოგიები:

ა.ა) გულსისხლძარღვთა სისტემა:

ა.ა.ა) გულის უკმარისობა;

ა.ა.ბ) მიტრალურ აორტული სტენოზი;

ა.ა.გ) სარქვლის პროტეზირება;

ა.ა.დ) გულის რითმის მოშლა ჰემოდინამიკური დარღვევებით;

ა.ა.ე) მსხვილი სისხლძარღვების ანევრიზმა;

ა.ა.ვ) გულის იშემიური დაავადება;

ა.ა.ზ) პულმონალური ჰიპერტენზია II-III ხარისხი;

ა.ა.თ) კარდიომიოპათია;

ა.ა.ი) არტერიული ჰიპერტენზია II ხარისხი.

ა.ბ) აუტოიმუნური და სისტემური დაავადებები:

ა.ბ.ა) შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები/წითელი მგლურა, სკლეროდერმია, დერმატომიოზიტი, რევმატოიდული ართრიტი, სისტემური ვასკულიტი, რეინოს დაავადება, თრომბოციტოპენიური პურპურა;

ა.ბ.ბ) თანდაყოლილი თრომბოფილია;

ა.ბ.გ) მე-5 ფაქტორის, პროთრომბინის გენის დეფიციტი;

ა.ბ.დ) MTHFR-ის დეფიციტი, ჰომოცისტეინურია.

ა.გ) ენდოკრინული სისტემის დაავადებები:

ა.გ.ა) შაქრიანი დიაბეტი I-II ტიპის, დეკომპენსირებული;

ა.გ.ბ) გესტაციური დიაბეტი, ინსულინ დამოკიდებული;

ა.გ.დ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობა;



ა.გ.ე) ჰიპერალდოსტერონემია;

ა.გ.ვ) ფეოქრომოციტომა;

ა.გ.ზ) ჰიპოფიზის ადენომა.

ა.დ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები:

ა.დ.ა) ღვიძლის მწვავე ყვითელი დისტროფია;

ა.დ.ბ) დაავადებები პორტული ჰიპერტენზიით;

ა.დ.გ) სპლენომეგალია, ჰიპერსპლენიზმის სიმპტომებით;

ა.დ.დ) ორსულთა ქოლესტაზი;

ა.დ.ე) ეზოფაგეალური ვარიკოზი;

ა.დ.ვ) მწვავე ქოლეცისტიტი;

ა.დ.ზ) მწვავე პანკრეატიტი.

ა.ე) ჰემატოლოგიური დაავადებები:

ა.ე.ა) ჰემოლიზური ანემია;

ა.ე.ბ) ნამგლისებურუჯრედოვანი ანემია;

ა.ე.გ) მძიმე და სიცოცხლისთვის საშიში ანემია, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას.

ა.ვ) ინფექციური დაავადებები:

ა.ვ.ა) მწვავე ჰეპატიტი;

ა.ვ.ბ) აქტიური ტუბერკულოზი;

ა.ვ.გ) ლეპტოსპიროზი;

ა.ვ.დ) ლეიშმანიოზი.

ა.ზ) ნევროლოგიური დაავადებები:

ა.ზ.ა) ეპილეფსია რთულად კონტროლირებადი (ანტიეპილეფსიური მკურნალობისადმი რეზისტენტული), რომელიც საჭიროებს პოლითერაპიულ მკურნალობას;

ა.ზ.ბ) მიოტონური ან კუნთოვანი დისტროფია;

ა.ზ.გ) მწვავე მიელიტი.

ა.თ) თირკმლისა და საშარდე სისტემის დაავადებები:

ა.თ.ა) გლომერულონეფრიტი;

ა.თ.ბ) ტრანსპლანტაციის შემდგომი მდგომარეობა;

ა.თ.გ) ვაზორენალური ჰიპერტენზია;

ა.თ.დ) ნებისმიერი ხარისხის თირკმლის უკმარისობა;

ა.თ.ე) ერთი მოფუნქციონირე თირკმელი.



ა.ი) რესპირატორული სისტემის დაავადებები;

ა.ი.ა) მუკოვისციდოზი;

ა.ი.ბ) ფილტვის უკმარისობა II-III ხარისხი.

ა.კ) ავთვისებიანი სიმსივნეები.

ბ) სამეანო მდგომარეობები:

ბ.ა) მშობიარობა 22 0/7 – 33 6/7 კვ. ვადაზე;

ბ.ბ) ეკლამფსია და მისი შემდგომი მდგომარეობები (ეკლამფსიური კომა სტაბილიზაციის შემდეგ);

ბ.გ) ნაადრევი სამშობიარო მოქმედების დაწყება ნაყოფის დაზადების გარეშე ორსულობის 22 0/7 დან 33 6/7 კვირამდე;

ბ.დ) მრავალნაყოფიანი ორსულობა - 2-ზე მეტი ნაყოფი;

ბ.ე) სამეანო ემბოლია;

ბ.ვ) ლოგინობის ხანის სეფსისი (პერიტონიტი, სეპტიცემია, სეპტიკოპიემია);

ბ.ზ) იზოსეროლოგიური შეუთავსებლობის ფონზე ნაყოფის დაზიანება (შეშუპება, ჰეპატოსპლენომეგალია, ასციტი);

ბ.თ) ანესთეზიის გართულებები;

ბ.ი) თრომბოემბოლიზმი;

ბ.კ) 2 და მეტი გადატანილი საკეისრო კვეთა ანამნეზში [1].

[1] სპეციალიზებული (II) მოვლის დონის დაწესებულებები, რომელთაც უფლება აქვთ, განახორციელონ აღნიშნული ჩარევა განისაზღვრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით შექმნილი „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეების შეფასების საკოორდინაციო ჯგუფის“ მიერ, „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეების შეფასების საკოორდინაციო ჯგუფის“ მიერ განსაზღვრული კრიტერიუმების მიხედვით.

გ) ორსულთა და ახალშობილთა ყველა სხვა მდგომარეობა, რომელიც მოითხოვს მულტიდისციპლინურ მართვას და/ან კრიტიკული მოვლის განყოფილებას, რომელიც უზრუნველყოფს სრულმასშტაბიან რესპირატორულ მოვლას და/ან საბაზისო რესპირატორული და მულტიორგანული უკმარისობის მოვლის ერთობლივ უზრუნველყოფას.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის ბრძანება №01-10/ნ - ვებგვერდი, 07.03.2016წ.](#)

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.](#)

მუხლი 2. ახალშობილთა რეფერალი

1. ახალშობილები, რომლებიც იმართება საბაზისო მოვლის (I) დონის დაწესებულებაში:

ა) გესტაციური ასაკი 37 0/7 – 41 0/7 კვირა;



ბ) ჯანმრთელი ახალშობილი, არ ესაჭიროება სპეციალური მოვლა.

2. ახალშობილები, რომლებიც ექვემდებარებიან რეფერალს საბაზისო (I) მოვლის დონიდან და იმართებიან სპეციალიზებული (II) მოვლის დონის დაწესებულებებში:

ა) გესტაციური ასაკი $\geq 34 0/7$;

ბ) აპგარის შეფასება: 1წთ-ზე <3 ქულა, მე-5წთ-ზე <5 და/ან მე-10წთ-ზე <7 ;

გ) რესპირატორული დისტრესი (≤ 24 სთ. სამედიცინო აპარატურით ვენტილაცია/მართვითი სუნთქვა);

დ) გახანგრძლივებული (>24 სთ) ინფუზური თერაპია;

ე) საექვო სეფსისი (დასჭირდა სასტარტო ანტიბაქტერიული თერაპია);

ვ) გულის თანდაყოლილი პათოლოგია, კარდიოლოგის მუდმივი მონიტორინგისა და/ან ქირურგიულ ინტერვენციის საჭიროების გარეშე;

ზ) ნევროლოგიური დარღვევები, ნევროლოგის მუდმივი მონიტორინგისა და/ან ქირურგიული ინტერვენციის საჭიროების გარეშე;

თ) საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგიები, ქირურგის მუდმივი მონიტორინგის და/ან ქირურგიული ინტერვენციის საჭიროების გარეშე;

ი) ჰემატოლოგიური დარღვევები (მათ შორის ჰიპერბილირუბინემია შენაცვლებითი ოპერაციის გარეშე);

კ) შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგიები, შესაბამისი სპეციალისტის მუდმივი მონიტორინგისა და/ან ქირურგიული ინტერვენციის საჭიროების გარეშე;

ლ) ენდოკრინული და/ან მეტაბოლური დარღვევები, ენდოკრინოლოგის მუდმივი მონიტორინგისა, სპეციალიზირებული კვლევის საჭიროების გარეშე;

მ) თანდაყოლილი მალფორმაციები და/ან საექვო გენეტიკური პათოლოგიები, სპეციალიზირებული კვლევის და/ან ქირურგიული ინტერვენციის საჭიროების გარეშე.

3. ახალშობილები, რომლებიც ექვემდებარებიან რეფერალს I და II დონის დაწესებულებებიდან და იმართებიან სუბსპეციალიზებული მოვლის (III) დონის დაწესებულებებში:

ა) გესტაციური ასაკი $22 0/7 - 33 6/7$ კვირა;

ბ) პოსტასფიქსიური გართულებები პოლიორგანული უკმარისობით;

გ) მძიმე ფორმის რესპირატორული დისტრეს სინდრომი, რომელიც საჭიროებს გახანგრძლივებულ (>24 სთ) ვენტილაციურ ჩარევას;

დ) გართულებული სეფსისი და/ან მენინგიტი;

ე) გულის თანდაყოლილი პათოლოგია, რომელიც საჭიროებს კარდიოლოგის მუდმივ მონიტორინგს და/ან ქირურგიულ ინტერვენციას სპეციალიზირებულ კლინიკაში;

ვ) სერიული გულყრები, რომლებიც არ ექვემდებარებიან სტანდარტულ მკურნალობას;

ზ) საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგიები, რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ ქირურგიულ მონიტორინგს, სპეციალიზირებულ კვლევას და/ან ქირურგიულ ინტერვენციას;

თ) ჰემატოლოგიური დარღვევები (მათ შორის ჰიპერბილირუბინემია, რომელიც საჭიროებს სისხლის შენაცვლებით ოპერაციას);

ი) მძიმე ფორმის ენდოკრინული და/ან მეტაბოლური დარღვევები, რომლებიც საჭიროებენ ენდოკრინოლოგის მუდმივ მონიტორინგს, სპეციალიზირებულ კვლევას;



კ) თანდაყოლილი მალფორმაციები და/ან საექვო გენეტიკური პათოლოგიები, რომლებიც საჭიროებენ შემდგომ შეფასებას, კვლევას და/ან ქირურგიულ ინტერვენციას;

ლ) შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგიები, რომლებიც საჭიროებენ შესაბამისი სპეციალისტის მუდმივ მონიტორინგს, სპეციალიზირებულ კვლევას და/ან ქირურგიულ ინტერვენციას.

დანართი 1.2.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 იანვრის ბრძანება №01-5/ნ - ვებგვერდი, 26.01.2017წ.

პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის მოცულობა და მათ მიმართ წაყენებული მოთხოვნები

მუხლი 1. საბაზისო მოვლის (I) დონის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების საქმიანობის მოცულობა და მის მიმართ წაყენებული მოთხოვნები

1. სერვისები:

ა) საბაზისო (I) დონე – დედის მოვლა:

ა.ა) გაურთულებელი ორსულობისა და მშობიარობის მართვა ეროვნული გაიდლაინის/პროტოკოლის მიხედვით;

ა.ბ) დედის პოტენციური პრობლემების დროული ამოცნობა და შესაბამისი რეფერალი;

ა.გ) გართულებების შემთხვევაში დედის მდგომარეობის სტაბილიზება II ან III დონის დაწესებულებაში გადაყვანამდე;

ა.დ) გართულებული მშობიარობების მართვა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც შეუძლებელია ქალის ტრანსპორტირება უფრო მაღალი დონის დაწესებულებაში;

ა.ე) გადაუდებელი საკეისრო კვეთის ჩატარება გადაწყვეტილების მიღებიდან არაუმეტეს 30 წუთში და პაციენტისა და ახალშობილის მდგომარეობიდან გამომდინარე მათი შემდგომი მოვლა;

ა.ვ) საჭიროების შემთხვევაში, ნაყოფის ვაკუუმ-ექსტრაქციის ჩატარება და მამების დადება;

ა.ზ) მაღალი რისკის მქონე ორულთა/მშობიარეთა დროული გადაყვანა შესაბამისი დონის დაწესებულებაში (დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს რეფერალის განხორციელების დეტალური გეგმა, მკაფიოდ გაწერილი გართულებების ჩამონათვალით, რომელთა შემთხვევაში ხორციელდება პაციენტის გადაყვანა სათანადო დონის დაწესებულებაში);

ა.თ) გაურთულებელი მშობიარობის შემდგომი მოვლის უზრუნველყოფა.

ბ) საბაზისო (I) დონე – ახალშობილთა მოვლა:

ბ.ა) ჯანმრთელი დროული ახალშობილის (37 0/7 – 41 0/7 კვირის) მომსახურების უზრუნველყოფა, თუ მათ დამტკიცებული ეროვნული გაიდლაინის ან პროტოკოლის მიხედვით არ ესაჭიროებათ ან/და მოსალოდნელი არ არის, რომ დასჭირდეთ სპეციალური ჩარევა;

ბ.ბ) ყველა საჭირო შემთხვევაში, ახალშობილის რეანიმაციის ჩატარება ეროვნული გაიდლაინისა და პროტოკოლების შესაბამისად;

ბ.გ) <37 0/7 კვირის გესტაციური ასაკის და ავადმყოფი ახალშობილების მდგომარეობის სტაბილიზაცია მათ გადაყვანამდე უფრო მაღალი დონის მომსახურების დაწესებულებაში.



2. კადრები:

ა) საბაზისო (I) დონის დაწესებულებას, რომელიც აწარმოებს დედათა და ახალშობილთა ბაზისურ მოვლას, მოეთხოვება ჰყავდეს/უზრუნველყოს:

ა.ა) მეან-გინეკოლოგის 24-საათიანი ხელმისაწვდომობა გამომძახებიდან არაუმეტეს 30 წთ-ის განმავლობაში;

ა.ბ) მეან-გინეკოლოგი, რომელსაც აქვს საკუთრო კვეთის ჩატარების გამოცდილება და შეუძლია მისი წარმოება გადაუდებელ შემთხვევებში;

ა.გ) ბეზიაქალები და ექთნები, რომლებსაც გააჩნიათ ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვისა და ჯანმრთელი ახალშობილის მოვლისათვის საჭირო ცოდნა და უნარები;

ა.დ) ნეონატოლოგი ახალშობილთა რეანიმაციის უნარ-ჩვევებით;

ა.ე) ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი.

ბ) ყველა მშობიარობა უნდა მართოს ექიმმა მეან-გინეკოლოგმა;

გ) ახალშობილის შეფასება და მასზე დაკვირვება უნდა განახორციელოს ნეონატოლოგმა;

დ) სამშობიარო ბლოკის პერსონალი (ნეონატოლოგი, მეან-გინეკოლოგი, ბეზიაქალი და ექთანი) უნდა ფლობდეს ახალშობილის პირველადი რეანიმაციის ჩატარების უნარ-ჩვევებს;

ე) დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს გართულებების შემთხვევებისთვის რეფერალურ ქსელში ჩართულობის გეგმა, რომელიც უნდა მოიცავდეს 24-საათიანი დისტანციური კონსულტირების შესაძლებლობას ამ დაწესებულების რეგიონალიზაციის დონეზე მაღალი დონის დაწესებულებასთან;

ვ) ნეონატოლოგი და ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს გამომძახებიდან არაუმეტეს 30 წთ-ის განმავლობაში (ნეონატოლოგი უნდა ესწრებოდეს მშობიარობის პროცესს);

ზ) დაწესებულების ნეონატოლოგ(ებ)ი და მეან-გინეკოლოგ(ებ)ი მონაწილეობენ უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ამ ბრძანების №1 დანართის მე-2 მუხლს მე-6 პუნქტით განსაზღვრული წესით.

3. ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა:

ა) ინფრასტრუქტურა – საბაზისო (I) დონის ყველა დაწესებულებას სამეანო სერვისის მიწოდებისათვის უნდა ჰქონდეს შემდეგი სათავსები:

ა.ა) ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახი (ბლოკ-პალატა), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს (ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახების (ბლოკ-პალატები) რაოდენობა განისაზღვრება შემდეგი პრინციპით: სულ მცირე 3 სამშობიარო ოთახი (ბლოკ-პალატა) კალენდარულ წელიწადში 1000-1200 მშობიარობაზე გაანგარიშებით);

ა.ბ) მელოგინეთა პალატები, რომელშიც, ასევე, განთავსებულია ახალშობილთა საწოლები (გათვალისწინებულია დედისა და ახალშობილის ერთად განთავსების აუცილებლობა), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.გ) ახალშობილის მოვლისათვის გამოყოფილი ოთახი – ახალშობილთა მოვლის პალატა, რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.დ) იმუნიზაციის ოთახი ცივი ჯაჭვის უზრუნველყოფით, რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.ე) საოპერაციო დარბაზი (მათ შორის: სტაციონარის შემადგენლობაში არსებული ზოგადი საოპერაციო), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს.

ბ) აღჭურვილობა:



ბ.ა) სამშობიარო ოთახს (ბლოკ პალატას) ადგილზე გააჩნია ფუნქციონირებადი (მუშა მდგომარეობაში მყოფი) ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა ქალის მშობიარობისათვის:

ბ.ა.ა) კედლის საათი წამზომით;

ბ.ა.ბ) კედლის თერმომეტრი;

ბ.ა.გ) უსაფრთხო სითბოს წყარო;

ბ.ა.დ) სტეტოსკოპი;

ბ.ა.ე) ელექტროამოსაქაჩი მოწყობილობა დედებისთვის;

ბ.ა.ვ) სპეციალური ტრანსფორმირებადი საწოლი მშობიარისათვის;

ბ.ა.ზ) ცენტრალიზებული ჟანგბადის წყარო დედისთვის.

ბ.ბ) სამშობიარო ოთახს (ბლოკ პალატას) უნდა გააჩნდეს მუშა მდგომარეობაში მყოფი ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა ახალშობილებისთვის:

ბ.ბ.ა) ახალშობილის მაგიდა სხივური გამათბობლით;

ბ.ბ.ბ) სტეტოსკოპი;

ბ.ბ.გ) სულ მცირე, თითო ჟანგბადის (ფლოუმეტრით) და ჰაერის წყარო ახალშობილისთვის;

ბ.ბ.დ) ამბუს პარკი და ნიღბები ახალშობილისთვის 100%-მდე ჟანგბადის მისაწოდებლად;

ბ.ბ.ე) ელექტრო ამოსაქაჩი მოწყობილობა ახალშობილისთვის;

ბ.ბ.ვ) გასტრალური ზონდები (6-8 Fr);

ბ.ბ.ზ) პულსოქსიმეტრი ნეონატალური მიმღებით.

ბ.გ) ახალშობილის მოვლის პალატას უნდა გააჩნდეს მუშა მდგომარეობაში მყოფი ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა ახალშობილებისთვის:

ბ.გ.ა) ახალშობილის მაგიდა სხივური გამათბობლით;

ბ.გ.ბ) სხვადასხვა საშუალებები ოქსიგენოთერაპიისთვის (მაგ. ჟანგბადის კარავი დამატენიანებლით ან ნაზალური კანულა და ა.შ.);

ბ.გ.გ) ოროტრაქეალური მილები (2.5-3.5მმ დიამეტრის ზომით);

ბ.გ.დ) ლარინგოსკოპი, სოლები (00, 0 და 1 ზომის);

ბ.გ.ე) ჭიპლარის სისხლძარღვების კათეტერი და კათეტერის ჩასადგმელი კომპლექტი;

ბ.გ.ვ) ინფუზომატი;

ბ.გ.ზ) ფოტოთერაპიის აპარატი;

ბ.გ.ზ) გლუკომეტრი;

ბ.ბ.თ) ახალშობილის სასწორი;

ბ.ბ.ი) ოფთალმოსკოპი;

ბ.ბ.კ) დედის რძის შეგროვებისა და მიწოდების სისტემა (მათ შორის, მკერდის ტუმბო და რძის შესაგროვებელი ნაკრებები, ცალკე მაცივარი დედის რძისათვის).



ბ.დ) დაწესებულებაში ხელმისაწვდომია მუშა მდგომარეობაში მყოფი შემდეგი აღჭურვილობა:

ბ.დ.ა) სარეანიმაციო აღჭურვილობა დედებისათვის (ამბუს პარკი ნილბით, ლარინგოსკოპი და სოლები, ოროტრაქეალური მილები, ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის აპარატი);

ბ.დ.ბ) კარდიომონიტორი;

ბ.დ.გ) ინფუზომატი;

ბ.დ.დ) კარდიოვერსიის/დეფიბრილაციის აღჭურვილობა დედებისათვის;

ბ.დ.ე) ინსტრუმენტები და აღჭურვილობა სამეანო გართულებებისათვის (მაშები, ვაკუუმ-ექსტრაქტორი);

ბ.დ.ვ) კარდიოტოკოგრაფიის აპარატი.

4. დამხმარე სერვისები:

ა) სისხლი და სისხლის კომპონენტები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს 24 საათის განმავლობაში;

ბ) საანესთეზიო მომსახურება, გადაუდებელი სამეანო მდგომარეობებისთვის, მათ შორის, საკეისრო კვეთისთვის, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს 24 საათის განმავლობაში;

გ) რადიოლოგიური (ულტრაბგერითი) მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს 24 საათის განმავლობაში ადგილზე ან გამოძახებით.

5. ლაბორატორული გამოკვლევები – დაწესებულებამ 24 საათის განმავლობაში უნდა უზრუნველყოს შემდეგი ლაბორატორიული გამოკვლევების განხორციელება ადგილზე (ან რეფერალის სამუალებით – მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით):

ა) ჰემატოკრიტი, გლუკოზის დონე სისხლში, სისხლის გაზები და ელექტროლიტები -საჭიროების განსაზღვრიდან არაუმეტეს 45 წუთის განმავლობაში;

ბ) სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფი და Rh კუთვნილება და შეთავსება -საჭიროების განსაზღვრიდან 1 სთ-ის განმავლობაში;

გ) გაშლილი ბიოქიმიური ანალიზები, კუმბსის ტესტი, ნიმუშების ბაქტერიოლოგიური და კოაგულაციური ანალიზები (პროთრომბინის დრო – PT, ნაწილობრივი თრომბოპლასტინის დრო – PTT, ფიბრინოგენი) – საჭიროების განსაზღვრიდან 2 საათის განმავლობაში;

დ) ბილირუბინის განსაზღვრა ახალშობილებში – საჭიროების განსაზღვრიდან 1 საათის განმავლობაში;

ე) ბაქტერიული კულტურის შედეგები, გადაწყვეტილების მიღებიდან 72 საათში, ანტიბიოტიკებისადმი მგრძნობელობის შემდგომი განსაზღვრით;

ვ) B ჯგუფის სტრეპტოკოკი, B ჰეპატიტის ზედაპირული ანტიგენი, სეროლოგიური ტესტები სიფილისზე – RPR/VDRL, აივ ინფექცია/შიდსზე;

ზ) სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სკრინინგული ტესტები ახალშობილებისთვის;

თ) შარდის საერთო ანალიზი.

[5¹. დაწესებულება უზრუნველყოფს ადგილზე (საკუთარი აღჭურვილობით ან ხელშეკრულებით) ახალშობილის სმენის პირველად სკრინინგულ (ოტოაკუსტიკური ემისიის მეთოდით) კვლევაზე ხელმისაწვდომობას. (ამოქმედდეს 2018 წლის 1 მარტიდან)]

5². დაწესებულება ვალდებულია, მკვდრადშობადობის შემთხვევაში უზრუნველყოს დედების კვლევა სიფილისზე (სეროლოგიური ტესტები სიფილისზე – RPR/VDRL).

6. კომუნიკაცია და ტრანსპორტირება:



ა) დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს მუდმივი კომუნიკაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებულ სსიპ – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრთან (შემდგომში – სსიპ – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი), შესაბამის კლინიკებთან პაციენტების დაუყოვნებელი კონსულტირებისა და სასწრაფო ტრანსპორტირებისათვის;

ბ) დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს იმ გართულებების/მდგომარეობების მკაფიოდ განსაზღვრული ჩამონათვალი, რომლებიც საჭიროებს რეფერალს/გადაყვანას და რეფერალის გეგმას (ტრიაჟ (სორტირების) სისტემის ჩათვლით), რისკის მქონე პაციენტების გამოვლენისა და სათანადო დონის დაწესებულებაში გადაყვანისათვის;

გ) დაწესებულება ვალდებულია, უშუალოდ შეატყობინოს სსიპ – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრს, რისკის მქონე პაციენტების გადაყვანის ყველა შემთხვევის თაობაზე და უზრუნველყოს სათანადო დოკუმენტირებული აღრიცხვის წარმოება.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 25 მაისის ბრძანება №01-30/ნ - ვებგვერდი, 25.05.2017წ.](#)

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 13 სექტემბრის ბრძანება №01-59/ნ - ვებგვერდი, 14.09.2017წ.](#)

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 21 დეკემბრის ბრძანება №01-71/ნ - ვებგვერდი, 21.12.2017წ.](#)

მუხლი 2. სპეციალიზებული მოვლის (II) დონის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების საქმიანობის მოცულობა და მათ მიმართ წაყენებული მოთხოვნები

1. სერვისები:

ა) სპეციალიზებული (II) დონე – დედის მოვლა:

ა.ა) გაურთულებელი ორსულობისა და მშობიარობის მართვა ეროვნული გაიდლაინის/პროტოკოლის მიხედვით;

ა.ბ) დედის გართულებების მართვა ეროვნული/საერთაშორისო გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შესაბამისად, თუ ეს გართულებები არ მოითხოვს სუბ-სპეციალიზებულ მოვლას (იხ. პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმები – დანართი 1.1);

ა.გ) მძიმე პათოლოგიების მქონე ქალების გამოვლენა, რომლებსაც ესაჭიროებათ სუბ-სპეციალიზებული მოვლა, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სტაბილიზაცია გადაყვანამდე და დროული რეფერალი III დონის დაწესებულებაში;

ა.დ) მშობიარობის შემდგომი მოვლა გაურთულებელი და გართულებული მშობიარობების დროს.

ბ) სპეციალიზებული (II) დონე – ახალშობილის მოვლა:

ბ.ა) მოიცავს ≥ 34 0/7 კვირის გესტაციური ასაკის ახალშობილების მოვლას, რომლებსაც აღენიშნებათ ფიზიოლოგიური დენაკლულობა ან სწრაფად მოგვარებადი საშუალო სიმძიმის პრობლემები, რომელთა აღმოფხვრას არ ესაჭიროება გადაუდებელი სუბ-სპეციალიზირებული მომსახურება;

ბ.ბ) ხელოვნური სუნთქვის უზრუნველყოფა ხანმოკლე დროით (<24 სთ), ან უწყვეტი დადებითი წნევის მიწოდება, ან ორივე ერთად;

ბ.გ) 34 0/7 გესტაციურ კვირამდე დაბადებული ახალშობილების სტაბილიზაცია III დონის სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანამდე.

2. კადრები:

ა) სპეციალიზებული (II) დონის სამედიცინო მოვლის სამედიცინო დაწესებულებას უნდა ჰყავდეს ან დაწესებულებამ უნდა უზრუნველყოს:



ა.ა) მეან-გინეკოლოგები ადგილზე 24-საათიანი უწყვეტი სამეანო მოვლის ხელმისაწვდომობისათვის;

ა.ბ) ორი ან მეტი მეან-გინეკოლოგი, არანაკლებ ხუთწლიანი სამუშაო სტაჟით მეანობა-გინეკოლოგიაში (მეანობის განხრით), ამასთან, ჰისტერექტომიისა და სხვა სამეანო-გინეკოლოგიური ოპერაციული პროცედურების წარმოების გამოცდილებით, რომლებიც ხელმისაწვდომია არაუმეტეს 30 წუთისა;

ა.გ) ნეონატოლოგები (ახალშობილთა რეანიმაციის უნარ-ჩვევებით) ადგილზე 24-საათიანი უწყვეტი ნეონატოლოგიური მოვლის ხელმისაწვდომობისათვის;

ა.დ) ბავშვთა კარდიოლოგიური და ბავშვთა ქირურგიული კონსულტაციები (დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს წინასწარ გაწერილი პროცედურა/წესი/ბრძანება პედიატრიული პროფილის ექიმ-სპეციალისტების გამოძახებიდან 30 წთ-იან პერიოდში მათ მიერ სერვისის მიწოდების უზრუნველსაყოფად და მათი გამოძახების გეგმა/გრაფიკი);

ა.ე) ზოგადი ქირურგიული კონსულტაციები (ექიმ-სპეციალისტების ხელმისაწვდომობა გამოძახებიდან 30 წთ-იან პერიოდში);

ა.ვ) ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის (სპინალური, ეპიდურალური და ზოგადი ანესთეზიის, ასევე რეანიმაციული ღონისძიებების განხორციელების გამოცდილებით) ადგილზე უწყვეტი ხელმისაწვდომობა 24 საათის განმავლობაში;

ა.ზ) ექთნები/ბეზიქალები იმ რაოდენობით და კვალიფიკაციით, რომელიც საჭიროა ყველა ორსულის, მშობიარის, მელოგინე ქალის და ახალშობილის ადეკვატური მოვლისათვის, ამ პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული სქემის შესაბამისად.

ბ) ჯანდაცვის პერსონალისა და პაციენტების რაოდენობის ადეკვატური შეფარდება შემდეგი სქემით:

ბ.ა) ყოველ 2 სამშობიარო ოთახზე (ბლოკ-პალატაზე) – არანაკლებ 1 ბეზიქალი;

ბ.ბ) ყოველ 5 პოსტპერაციულ საწოლზე 1 ექთანი;

ბ.გ) ყოველ 10 სამეანო საწოლზე – 1 ექთანი;

ბ.დ) ყოველ 12 ნეონატალურ საწოლზე 1 (ახალშობილთა) ექთანი (1 ექთანი:12 ფიზიოლოგიური ახალშობილი);

ბ.ე) ყოველ ახალშობილთა სპეციალური მოვლის 4 საწოლზე – 1 (ახალშობილთა) ექთანი.

გ) პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება ვალდებულია, განსაზღვრული ჰქონდეს შესაბამისი სპეციალისტების (მეან-გინეკოლოგების, ნეონატოლოგების, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების, ექთნებისა და ბეზიქალების) მუშაობის გეგმა-გრაფიკი, კონკრეტული სპეციალისტების სახელის, გვარის, პირადი ნომრის, სამუშაო დღეებისა და საათების მითითებით, რომელიც ხელმისაწვდომი იქნება დაწესებულებაში, და, ასევე, წარუდგენს სათანადო უწყებას პერინატალური სერვისის დონის მინიჭების პროცედურის ფარგლებში;

დ) ერთი პერინატალური დაწესებულების სამეანო-გინეკოლოგიური, ნეონატოლოგიური^[1], ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგიური, საექთნო/საბეზიქო სამსახურის ხელმძღვანელი პირი არ შეიძლება დასაქმებული იყოს სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში;

ე) დაწესებულების ნეონატოლოგები და მეან-გინეკოლოგები მონაწილეობენ უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ამ ბრძანების №1 დანართის მე-2 მუხლს მე-6 პუნქტით განსაზღვრული წესით.

3. ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა:

ა) ინფრასტრუქტურა – II დონის ყველა დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს იზოლირებული სამეანო განყოფილება შემდეგი სათავსებით:

ა.ა) ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახი (ბლოკ-პალატა), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს (ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახების (ბლოკ-პალატები)



რაოდენობა განისაზღვრება შემდეგი პრინციპით: სულ მცირე 3 სამშობიარო ოთახი (ბლოკ-პალატა) კალენდარულ წელიწადში 1000 – 1200 მშობიარობაზე გაანგარიშებით (სულ მცირე ერთი მაინც));

ა.ბ) მელოგინეთა პალატები, რომელშიც, ასევე, განთავსებულია ახალშობილთა საწოლები (გათვალისწინებულია დედისა და ახალშობილის ერთად განთავსების აუცილებლობა), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.გ) ახალშობილის მოვლისათვის გამოყოფილი ოთახი – ახალშობილთა მოვლის პალატა^[2], რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.დ) სრულყოფილად აღჭურვილი ახალშობილთა სპეციალური მოვლის სერვისი (პალატა/განყოფილება), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.ე) შესაძლებელია, განხორციელდეს ნეონატალური მოვლისა და ახალშობილთა სპეციალური მოვლის სერვისების ინტეგრირება ერთ სივრცეში. ამ შემთხვევაში უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს ერთიან სივრცეში ორივე სერვისისადმი განსაზღვრული მოთხოვნების გათვალისწინება და სათანადო სივრცობრივი ზონირება;

ა.ვ) იმუნიზაციის ოთახი ცივი ჯაჭვის უზრუნველყოფით, რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.ზ) სამეანო საოპერაციო (განთავსებული სამეანო განყოფილებაში ან მასთან ახლოს. გადაუდებელი საჭიროებისას, ასევე, შესაძლებელია დამატებით დაწესებულების სხვა საოპერაციოს გამოყენებაც), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.თ) ინტენსიური მოვლის პალატა დედებისთვის, რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.ი) პალატა/პალატები ორსულთა პათოლოგიის მართვისთვის.

ბ) აღჭურვილობა:

ბ.ა) სამშობიარო ოთახს (ბლოკ პალატას) ადგილზე გააჩნია მუშა მდგომარეობაში მყოფი ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა ქალის მშობიარობისათვის:

ბ.ა.ა) კედლის საათი წამზომით;

ბ.ა.ბ) კედლის თერმომეტრი;

ბ.ა.გ) უსაფრთხო სითბოს წყარო;

ბ.ა.დ) სტეტოსკოპი;

ბ.ა.ე) ელექტრო ამოსაქაჩი მოწყობილობა დედებისთვის;

ბ.ა.ვ) სპეციალური ტრანსფორმირებადი საწოლი მშობიარისათვის;

ბ.ა.ზ) ცენტრალიზებული ჟანგბადის წყარო დედისთვის;

ბ.ა.თ) კარდიოტოკოგრაფიის აპარატი (1:2 სამშობიარო ოთახზე (ბლოკ-პალატაზე)).

ბ.ბ) სამშობიარო ოთახს (ბლოკ – პალატას) ადგილზე გააჩნია მუშა მდგომარეობაში მყოფი ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა ახალშობილებისთვის:

ბ.ბ.ა) ახალშობილის საწოლი სხივური გამათბობლით;

ბ.ბ.ბ) სტეტოსკოპი;

ბ.ბ.გ) სულ მცირე, თითო ჟანგბადის (ფლოუმეტრით) და ჰაერის წყარო ახალშობილისთვის;

ბ.ბ.დ) ამბუს პარკი და ნილბები ახალშობილისთვის 100%-მდე ჟანგბადის მისაწოდებლად;



ბ.ბ.ე) ელექტროამოსაქაჩი მოწყობილობა ახალშობილისთვის;

ბ.ბ.ვ) გასტრალური ზონდები (6-8 Fr);

ბ.ბ.ზ) პულსოქსიმეტრი ნეონატალური მიმღებით;

ბ.ბ.თ) ჰაერის/ჟანგბადის შემრევი;

ბ.ბ.ი) ლარინგოსკოპი, სოლები (00, 0 და1 ზომის) (1 : 4 სამშობიარო ოთახზე (ბლოკ- პალატაზე)).

ბ.გ) ახალშობილთა სპეციალური მოვლის სერვისის (პალატის/ განყოფილების) ფარგლებში ადგილზე ხელმისაწვდომია ფუნქციონირებადი (მუშა მდგომარეობაში მყოფი) ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა:

ბ.გ.ა) სხვადასხვა საშუალებები ოქსიგენოთერაპიისთვის (მაგ. ჟანგბადის კარავი დამატენიანებით, ნაზალური კანულა და ა.შ.);

ბ.გ.ბ) ოროტრაქეალური მილები (2.5-3.5მმ დიამეტრის ზომით);

ბ.გ.გ) ჭიპლარის სისხლძარღვების კათეტერი და კათეტერის ჩასადგმელი კომპლექტი;

ბ.გ.დ) ინფუზომატი;

ბ.გ.ე) ფოტოთერაპიის აპარატი;

ბ.გ.ვ) გლუკომეტრი;

ბ.გ.ზ) ახალშობილის სასწორი;

ბ.გ.თ) კარდიომონიტორი (ახალშობილის შესაბამისი ზომის სატურაციის მიმწოდით, და წნევის არაინვაზიური გაზომვისათვის საჭირო ახალშობილის მანუქტით);

ბ.გ.ი) ახალშობილის ინკუბატორი;

ბ.გ.კ) ხელოვნური სუნთქვის აპარატი ახალშობილებისთვის;

ბ.გ.ლ) დადებითი წნევის მისაწოდებელი აპარატი (N-CPAP), თუ ის არ არის ინტეგრირებული ხელოვნური სუნთქვის აპარატში;

ბ.გ.მ) ოფთალმოსკოპი;

ბ.გ.ნ) დედის რძის შეგროვებისა და მიწოდების სისტემა (მათ შორის, მკერდის ტუმბო და რძის შესაგროვებელი ნაკრებები, ცალკე მაცივარი დედის რძისათვის);

ბ.გ.ო) ახალშობილის მაგიდა სხივური გამათბობელით.

[ბ.გ.პ) აღჭურვილობა ახალშობილთა სმენის პირველადი სკრინინგული (ოტოაკუსტიკური ემისიის მეთოდით) კვლევისათვის (აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს იმ დაწესებულებებისათვის, რომლებშიც წინა საანგარიშგებო წლის განმავლობაში მშობიარობათა რაოდენობა იყო 500 და მეტი). (ამოქმედდეს 2018 წლის 1 მარტიდან)]

ბ.დ) სამეანო საოპერაციოს დამატებით უნდა გააჩნდეს მუშა მდგომარეობაში მყოფი ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა ახალშობილებისთვის:

ბ.დ.ა) ახალშობილის საწოლი სხივური გამათბობლით;

ბ.დ.ბ) სტეტოსკოპი;

ბ.დ.გ) კედლის თერმომეტრი;



ბ.დ.დ) უსაფრთხო სითბოს წყარო;

ბ.დ.ე) ელექტრო ამოსაქაჩი მოწყობილობა;

ბ.დ.ვ) ცენტრალიზებული ჟანგბადის წყარო ფლოუმეტრით;

ბ.დ.ზ) ჰაერის/ჟანგბადის შემრევი;

ბ.დ.თ) ამბუს პარკი და ნიღბები ახალშობილისთვის 100%-მდე ჟანგბადის მისაწოდებლად;

ბ.დ.ი) გასტრალური ზონდები (6-8 Fr);

ბ.დ.კ) პულსოქსიმეტრი ნეონატალური მიმღებით.

ბ.ე) დაწესებულებაში ხელმისაწვდომია მუშა მდგომარეობაში მყოფი შემდეგი აღჭურვილობა:

ბ.ე.ა) სარეანიმაციო აღჭურვილობა დედებისათვის (ამბუს პარკი ნიღბით, ლარინგოსკოპი და სოლები, ოროტრაქეალური მილები, ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის აპარატი);

ბ.ე.ბ) კარდიომონიტორი;

ბ.ე.გ) ინფუზომატი;

ბ.ე.დ) კარდიოვერსიის/დეფიბრილაციის აღჭურვილობა დედებისათვის (შესაძლებელია განთავსებული იყოს სამეანო საოპერაციო ბლოკში);

ბ.ე.ე) ინსტრუმენტები და აღჭურვილობა სამეანო გართულებებისათვის (მაშები, ვაკუუმ-ექსტრაქტორი).

ბ.ვ) დაწესებულებაში ხელმისაწვდომია აუცილებელი დიაგნოსტიკური გამოსახვითი საშუალებები და კვლევები:

ბ.ვ.ა) მობილური (გადასატანი) სამეანო ულტრაბგერის აპარატი;

ბ.ვ.ბ) მობილური (გადასატანი) რენტგენოლოგიური გამოკვლევის აპარატი;

ბ.ვ.გ) ნეიროსონოსკოპიული კვლევის განხორციელების შესაძლებლობა ახალშობილებისთვის;

ბ.ვ.დ) ექოკარდიოგრაფიული კვლევის განხორციელების შესაძლებლობა ახალშობილებისთვის.

4. დამხმარე სერვისები:

ა) 24 სთ-იან რეჟიმში ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სისხლის კომპონენტები ადგილობრივი მარაგებიდან, ასევე, სხვა დაწესებულებებიდან (თუ დაწესებულებას თვითონ არ გააჩნია საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის სამსახური), წინასწარი შეთანხმების საფუძველზე;

ბ) დაწესებულებაში ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სამედიცინო აპარატურაზე პასუხისმგებელი სათანადო მომზადების მქონე ტექნიკური თანამშრომელი;

გ) ადგილზე ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ანესთეზიოლოგიურ-რეანიმატოლოგიური სამსახური უწყვეტად, 24 საათის განმავლობაში.

5. ლაბორატორული გამოკვლევები – დაწესებულებამ 24 საათის განმავლობაში უნდა უზრუნველყოს შემდეგი ლაბორატორიული გამოკვლევების განხორციელება ადგილზე ან რეფერალის საშუალებით, მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით:

ა) ჰემატოკრიტი, გლუკოზის დონე სისხლში, სისხლის გაზები და ელექტროლიტები – საჭიროების განსაზღვრიდან გონივრულ ვადაში, მაგრამ არაუმეტეს 45 წუთის განმავლობაში;

ბ) სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფი და Rh კუთვნილება – საჭიროების განსაზღვრიდან არაუმეტეს 1 სთ-ის განმავლობაში;



გ) გაშლილი ბიოქიმიური ანალიზები, კუმბსის ტესტი, ნიმუშების ბაქტერიოლოგიური და კოაგულაციური ანალიზები (პროთრომბინის დრო – PT, ნაწილობრივი თრომბოპლასტინის დრო – PTT, ფიბრინოგენი) – საჭიროების განსაზღვრიდან არაუმეტეს 2 საათის განმავლობაში;

დ) ბილირუბინის განსაზღვრა ახალშობილებში – საჭიროების განსაზღვრიდან 1 საათის განმავლობაში;

ე) ბაქტერიული კულტურის შედეგები, გადაწყვეტილების მიღებიდან 72 საათში, ანტიბიოტიკებისადმი მგრძნობელობის შემდგომი განსაზღვრით;

ვ) შრატში მაგნიუმის განსაზღვრა;

ზ) B ჯგუფის სტრეპტოკოკი, B ჰეპატიტის ზედაპირული ანტიგენი, სეროლოგიური ტესტები სიფილისზე – RPR/VDRL, აივ ინფექცია/შიდსზე;

თ) სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სხვა სკრინინგული ტესტები ახალშობილებისთვის;

ი) შარდის საერთო ანალიზი.

[5¹. დაწესებულება უზრუნველყოფს ახალშობილის სმენის პირველად სკრინინგულ კვლევაზე (ოტოაკუსტიკური ემისიის მეთოდით) ადგილზე ხელმისაწვდომობას (საკუთარი აღჭურვილობით (იმ დაწესებულებების შემთხვევაში, რომლებშიც წინა საანგარიშგებო წლის განმავლობაში მშობიარობათა რაოდენობა იყო 500 და მეტი) ან ხელშეკრულებით (იმ დაწესებულებების შემთხვევაში, რომლებშიც წინა საანგარიშგებო წლის განმავლობაში მშობიარობათა რაოდენობა 500-ზე ნაკლები). (ამოქმედდეს 2018 წლის 1 მარტიდან)]

5². დაწესებულება ვალდებულია, მკვდრადშობადობის შემთხვევაში უზრუნველყოს დედების კვლევა სიფილისზე (სეროლოგიური ტესტები სიფილისზე – RPR/VDRL).

6. კომუნიკაცია და ტრანსპორტირება:

ა) დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს მუდმივი კომუნიკაცია სსიპ – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრთან, კლინიკებთან პაციენტების დაუყოვნებელი კონსულტირებისა და სასწრაფო ტრანსპორტირებისათვის;

ბ) დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს იმ გართულებების/მდგომარეობების მკაფიოდ განსაზღვრული ჩამონათვალი, რომლებიც საჭიროებს რეფერალს/გადაყვანას და რეფერალის გეგმა (ტრიაჟ (სორტირების) სისტემის ჩათვლით), რისკის მქონე პაციენტების გამოვლენისა და სათანადო დონის დაწესებულებაში გადაყვანისათვის;

გ) დაწესებულება ვალდებულია, უშუალოდ შეატყობინოს სსიპ – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრს, რისკის მქონე პაციენტების გადაყვანის ყველა შემთხვევის თაობაზე და უზრუნველყოს სათანადო დოკუმენტირებული აღრიცხვის წარმოება.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 25 მაისის ბრძანება №01-30/ნ - ვებგვერდი, 25.05.2017წ.](#)

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 13 სექტემბრის ბრძანება №01-59/ნ - ვებგვერდი, 14.09.2017წ.](#)

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 21 დეკემბრის ბრძანება №01-71/ნ - ვებგვერდი, 21.12.2017წ.](#)

მუხლი 3. სუბსპეციალიზებული მოვლის (III) დონის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების საქმიანობის მოცულობა და მის მიმართ წაყენებული მოთხოვნები

1. სერვისები:

ა) სუბსპეციალიზებული (III) დონე – დედის მოვლა – საბაზისო (I) და სპეციალიზებული (II) დონის მოვლის ყველა სერვისი და აგრეთვე დედის ყველა სახის გართულების მართვა, სპეციალიზებული, კომპლექსური სამედიცინო მომსახურების გაწევა ყველა ორსული, მშობიარე და მელოგინე ქალისათვის



ეროვნული/საერთაშორისო გაიდლაინების და პროტოკოლების შესაბამისად; სრულყოფილი დახმარება მაღალი ტექნოლოგიების გამოყენებით და მულტიდისციპლინური გუნდის მონაწილეობით;

ბ) სუბსპეციალიზებული (III) დონე – ახალშობილის მოვლა – საბაზისო (I), სპეციალიზებული (II) დონის მოვლის ყველა სერვისი და აგრეთვე;

ბ.ა) < 34 0/7 კვირის გესტაციის ახალშობილების, მძიმე პათოლოგიის მქონე ყველა გესტაციური ასაკისა და ყველანაირი მასის ახალშობილის სრულყოფილი მოვლა;

ბ.ბ) პედიატრიული პროფილის სპეციალისტთა მომსახურების სრული სპექტრის სწრაფი და ადგილი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;

ბ.გ) სრულმასშტაბიანი რესპირატორული დახმარების უზრუნველყოფა, ჩვეულებრივი და/ან მაღალი სიხშირის ვენტილაციით.

2. კადრები:

ა) სამეანო მოვლის სუბსპეციალიზებული III დონის დაწესებულებას უნდა ჰყავდეს ან დაწესებულებამ უნდა უზრუნველყოს:

ა.ა) მეან-გინეკოლოგები, ადგილზე 24-საათიანი უწყვეტი სამეანო მოვლის ხელმისაწვდომობისათვის. ამათგან, ორი ან მეტი მეან-გინეკოლოგი, არანაკლებ ხუთწლიანი სამუშაო სტაჟით მეანობა-გინეკოლოგიაში (მეანობის განხრით), სამეანო გამოცდილებით, ამასთან, ჰისტერექტომიისა და სხვა სამეანო-გინეკოლოგიური ოპერაციული პროცედურების წარმოების გამოცდილებით, აღნიშნული კატეგორიის მინიმუმ ერთი მეან-გინეკოლოგი უნდა იმყოფებოდეს სტაციონარში 24 საათის განმავლობაში;

ა.ბ) ნეონატოლოგები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ადგილზე 24-საათიანი უწყვეტი ნეონატოლოგიური მოვლის ხელმისაწვდომობას, რესპირაციული დახმარების მიწოდების გამოცდილებით;

ა.გ) ექიმი სპეციალისტები, რომლებიც, საჭიროების შემთხვევაში, მომსახურებას გაუწევენ ახალშობილს, ადგილზე ან გამოძახებით (ხელშეკრულების საფუძველზე), კანონმდებლობის შესაბამისად: ბავშვთა კარდიოლოგ-რევმატოლოგი, ბავშვთა ქირურგი, ბავშვთა ნევროლოგი, გენეტიკოსი, ბავშვთა ჰემატოლოგ-ტრანსფუზიოლოგი, ბავშვთა ენდოკრინოლოგი, ოფთალმოლოგი, ბავშვთა ფთიზიატრი-პულმონოლოგი, ბავშვთა გასტროენტეროლოგი, ბავშვთა ნეფროლოგი, ნეიროქირურგი, ბავშვთა უროლოგი, რადიოლოგი (დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს წინასწარ გაწერილი პროცედურა/წესი/ბრძანება პედიატრიული პროფილის ექიმ-სპეციალისტების გამოძახებიდან 30 წთ-იან პერიოდში მათ მიერ სერვისის მიწოდების უზრუნველსაყოფად და მათი გამოძახების გეგმა/გრაფიკი);

ა.დ) ექიმი სპეციალისტები, რომლებიც, საჭიროების შემთხვევაში, მომსახურებას/კონსულტაციას გაუწევენ ორსულს/მშობიარეს/მელოგინეს, ადგილზე: ქირურგი, ნევროლოგი ან ნეიროქირურგი, ჰემატოლოგ-ტრანსფუზიოლოგი, უროლოგი, ნეფროლოგი, კარდიოლოგი, ინფექციონისტი, ენდოკრინოლოგი (დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს გაწერილი პროცედურა/წესი/ბრძანება ექიმ-სპეციალისტების გამოძახებიდან 30 წთ-იან პერიოდში მათ მიერ სერვისის მიწოდების უზრუნველსაყოფად და მათი გამოძახების გეგმა/გრაფიკი);

ა.ე) ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის (სპინალური, ეპიდურალური და ზოგადი ანესთეზიის, ასევე რეანიმაციული ღონისძიებების განხორციელების გამოცდილებით) ადგილზე უწყვეტი ხელმისაწვდომობა 24 საათის განმავლობაში;

ა.ვ) ექთნები/ბეზიაქალები იმ რაოდენობით და კვალიფიკაციით, რომელიც საჭიროა ყველა ორსულის, მშობიარის, მელოგინე ქალის და ახალშობილის ადეკვატური მოვლისათვის.

ბ) ჯანდაცვის პერსონალისა და პაციენტების რაოდენობის ადეკვატური შეფარდება შემდეგი სქემით:

ბ.ა) ყოველ 2 სამშობიარო ოთახზე (ბლოკ-პალატაზე) – არანაკლებ 1 ბეზიაქალი;

ბ.ბ) ყოველ 5 პოსტპერაციულ საწოლზე 1 ექთანი;

ბ.გ) ყოველ 10 სამეანო საწოლზე – 1 ექთანი (1 ექთანი : 10 მელოგინე გართულებების გარეშე);



ბ.დ) ყოველ 12 ნეონატალურ საწოლზე 1 ექთანი (1 ახალშობილთა ექთანი : 12 ფიზიოლოგიური ახალშობილი).

გ) პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება ვალდებულია, განსაზღვრული ჰქონდეს შესაბამისი სპეციალისტების (მეან-გინეკოლოგების, ნეონატოლოგების, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების, ექთნებისა და ბეზიქალების) მუშაობის გეგმა-გრაფიკი, კონკრეტული სპეციალისტების სახელის, გვარის, პირადი ნომრის, სამუშაო დღეებისა და საათების მითითებით, რომელსაც განათავსებს დაწესებულებაში, ასევე, წარუდგენს საკოორდინაციო ჯგუფს/სააგენტოს პერინატალური სერვისის დონის მინიჭების პროცედურის ფარგლებში;

დ) ერთი პერინატალური დაწესებულების სამეანო-გინეკოლოგიური, ნეონატოლოგიური, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგიური, საექთნო/საბეზიქო სამსახურის ხელმძღვანელი პირი არ შეიძლება დასაქმებული იყოს სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში;

ე) დაწესებულების ნეონატოლოგები და მეან-გინეკოლოგები მონაწილეობენ უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ამ ბრძანების №1 დანართის მე-2 მუხლს მე-6 პუნქტით განსაზღვრული წესით.

3. ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა:

ა) ინფრასტრუქტურა – სუბსპეციალიზებული III დონის სამეანო სერვისის მიმწოდებელ სტაციონარს უნდა ჰქონდეს:

ა.ა) იზოლირებული სამეანო განყოფილება შემდეგი სათავსებით:

ა.ა.ა) ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახი (ბლოკ-პალატა), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს (ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახების (ბლოკ-პალატები) რაოდენობა განისაზღვრება შემდეგი პრინციპით: სულ მცირე 3 სამშობიარო ოთახი (ბლოკ-პალატა) კალენდარულ წელიწადში 1000 -1200 მშობიარობაზე გაანგარიშებით);

ა.ა.ბ) მელოგინეთა პალატები, რომლებშიც ასევე, განთავსებულია ახალშობილის საწოლები (გათვალისწინებულია დედისა და ახალშობილის ერთად განთავსების აუცილებლობა), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.ა.გ) ახალშობილის მოვლისათვის გამოყოფილი ოთახი – ახალშობილთა მოვლის პალატა, რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.ა.დ) იმუნიზაციის ოთახი ცივი ჯაჭვის უზრუნველყოფით, რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.ა.ე) სამეანო საოპერაციო (განთავსებული სამეანო განყოფილებაში ან მასთან ახლოს. გადაუდებელი საჭიროებისას, ასევე, შესაძლებელია დამატებით დაწესებულების სხვა საოპერაციო ბლოკის გამოყენებაც), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.ა.ვ) ინტენსიური მოვლის პალატა დედებისთვის;

ა.ა.ზ) პალატა/პალატები ორსულთა პათოლოგიისათვის.

ა.ბ) ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის განყოფილება ((NICU) მოიცავს ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის საწოლებს კანონმდებლობით განსაზღვრული ოდენობით და თანაფარდობით), რომელიც აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;

ა.გ) სრულყოფილად აღჭურვილი და შესაბამისი კვალიფიციური კადრით დაკომპლექტებული კრიტიკული მოვლის განყოფილება, რომელიც დედის შემთხვევაში უზრუნველყოფს პოლიორგანული და მულტისისტემური დარღვევების კომპლექსურ მართვას, ფილტვის მექანიკური ვენტილაციისა და ინვაზიური კარდიოვასკულური მონიტორინგის ჩათვლით და აკმაყოფილებს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს.

ბ) აღჭურვილობა:

ბ.ა) სამშობიარო ოთახს (ბლოკ პალატას) ადგილზე გააჩნია მუშა მდგომარეობაში მყოფი ყველა აუცილებელი



აღჭურვილობა ქალის მშობიარობისათვის:

ბ.ა.ა) კედლის საათი წამზომით;

ბ.ა.ბ) კედლის თერმომეტრი;

ბ.ა.გ) უსაფრთხო სითბოს წყარო;

ბ.ა.დ) სტეტოსკოპი;

ბ.ა.ე) ელექტრო ამოსაქაჩი მოწყობილობა დედებისათვის;

ბ.ა.ვ) სპეციალური ტრანსფორმირებადი საწოლი მშობიარისათვის;

ბ.ა.ზ) ცენტრალიზებული ჟანგბადის წყარო დედისთვის, ფლოუმეტრით;

ბ.ა.თ) სარეანიმაციო აღჭურვილობა დედებისათვის: ამბუს ტომარა ნილბით (1:2 სამშობაირო ოთახზე (ბლოკ-პალატაზე)), ლარინგოსკოპი და სოლები (1:2 სამშობაირო ოთახზე (ბლოკ-პალატაზე)), ოროტრაქეალური მილები (1:2 სამშობაირო ოთახზე (ბლოკ-პალატაზე));

ბ.ა.ი) კარდიომონიტორი (1:2 სამშობაირო ოთახზე (ბლოკ-პალატაზე));

ბ.ა.კ) კარდიო-ტოკოგრაფიის აპარატი (1:2 სამშობაირო ოთახზე (ბლოკ-პალატაზე)).

ბ.ბ) სამშობაირო ოთახს (ბლოკ-პალატას) ადგილზე გააჩნია მუშა მდგომარეობაშიმყოფი ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა ახალშობილებისთვის:

ბ.ბ.ა) ახალშობილის საწოლი სხივური გამათბობლით;

ბ.ბ.ბ) სტეტოსკოპი;

ბ.ბ.გ) ცენტრალიზებული ჟანგბადის (ფლოუმეტრით) და ჰაერის წყარო ახალშობილისთვის;

ბ.ბ.დ) ჰაერის/ჟანგბადის შემრევი;

ბ.ბ.ე) ამბუს პარკი და ნილბები ახალშობილისთვის 100%-მდე ჟანგბადის მისაწოდებლად;

ბ.ბ.ვ) ოროტრაქეალური მილები (2.5-3.5მმ დიამეტრის ზომით);

ბ.ბ.ზ) ელექტრო ამოსაქაჩი მოწყობილობა ახალშობილისთვის;

ბ.ბ.თ) ლარინგოსკოპი, სოლები (00,0 და1 ზომის) (1:3 სამშობაირო ოთახზე (ბლოკ-პალატაზე));

ბ.ბ.ი) გასტრალური ზონდები (6-8 Fr);

ბ.ბ.კ) პულსოქსიმეტრი ნეონატალური მიმღებით.

ბ.გ) ახალშობილთა მოვლის პალატას უნდა გააჩნდეს მუშა მდგომარეობაში მყოფი ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა ახალშობილებისთვის:

ბ.გ.ა) ახალშობილის მაგიდა სხივური გამათბობლით;

ბ.გ.ბ) სხვადასხვა საშუალებები ოქსიგენოთერაპიისთვის (მაგ., ჟანგბადის კარავი დამატენიანებლით ან ნაზალური კანულა და ა.შ.);

ბ.გ.გ) ჭიპლარის სისხლძარღვების კათეტერი და კათეტერის ჩასადგმელი კომპლექტი;

ბ.გ.დ) ინფუზომატი;

ბ.გ.ე) გლუკომეტრი;



ბ.ბ.ვ) ახალშობილის სასწორი;

ბ.ბ.ზ) ოფთალმოსკოპი;

ბ.ბ.თ) დედის რძის შეგროვებისა და მიწოდების სისტემა (მათ შორის, მკერდის ტუმბო და რძის შესაგროვებელი ნაკრებები, ცალკე მაცივარი დედის რძისათვის).

[ბ.გ) ახალშობილთა მოვლის პალატას უნდა გააჩნდეს მუშა მდგომარეობაში მყოფი ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა ახალშობილებისთვის;

ბ.გ.ა) ახალშობილის მაგიდა სხივური გამათბობლით;

ბ.გ.ბ) სხვადასხვა საშუალებები ოქსიგენოთერაპიისთვის (მაგ., ჟანგბადის კარავი დამატენიანებლით ან ნაზალური კანულა და ა.შ.);

ბ.გ.გ) ჭიპლარის სისხლძარღვების კათეტერი და კათეტერის ჩასადგმელი კომპლექტი;

ბ.გ.დ) ინფუზომატი;

ბ.გ.ე) გლუკომეტრი;

ბ.გ.ვ) ახალშობილის სასწორი;

ბ.გ.ზ) ოფთალმოსკოპი;

ბ.გ.თ) დედის რძის შეგროვებისა და მიწოდების სისტემა (მათ შორის, მკერდის ტუმბო და რძის შესაგროვებელი ნაკრებები; ცალკე მაცივარი დედის რძისათვის);

ბ.გ.ი) აღჭურვილობა ახალშობილთა სმენის პირველადი სკრინინგული (ოტოაკუსტიკური ემისიის მეთოდით) კვლევისათვის. (ამოქმედდეს 2018 წლის 1 მარტიდან)]

ბ.დ) სამეანო საოპერაციოს დამატებით უნდა გააჩნდეს მუშა მდგომარეობაში მყოფი ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა ახალშობილებისთვის;

ბ.დ.ა) ახალშობილის საწოლი სხივური გამათბობლით;

ბ.დ.ბ) სტეტოსკოპი;

ბ.დ.გ) კედლის თერმომეტრი;

ბ.დ.დ) უსაფრთხო სითბოს წყარო;

ბ.დ.ე) ელექტრო ამოსაქაჩი მოწყობილობა;

ბ.დ.ვ) ცენტრალიზებული ჟანგბადის წყარო ფლოუმეტრით;

ბ.დ.ზ) ჰაერის/ჟანგბადის შემრევი;

ბ.დ.თ) ამბუს პარკი და ნილბები ახალშობილისთვის 100%-მდე ჟანგბადის მისაწოდებლად;

ბ.დ.ი) გასტრალური ზონდები (6-8 Fr);

ბ.დ.კ) ლარინგოსკოპი, სოლები (00,0 და1 ზომის);

ბ.დ.ლ) პულსოქსიმეტრი ნეონატალური მიმღებით.

ბ.ე) სამეანო განყოფილებაში ხელმისაწვდომია ფუნქციონირებადი (მუშა მდგომარეობაში მყოფი) შემდეგი აღჭურვილობა:



ბ.ე.ა) ინფუზომეტი;

ბ.ე.ბ) კარდიოვერსიის/დეფიბრილაციის აღჭურვილობა დედებისათვის (შესაძლებელია განთავსებული იყოს სამედიცინო საოპერაციო ბლოკში);

ბ.ე.გ) ინსტრუმენტები და აღჭურვილობა სამედიცინო გართულებებისათვის (მაშები, ვაკუუმ-ექსტრაქტორი).

ბ.ე.დ) დაწესებულებაში ხელმისაწვდომია აუცილებელი დიაგნოსტიკური გამოსახვითი საშუალებები და კვლევები:

ბ.ე.ა) მობილური (გადასატანი) სამედიცინო ულტრაბგერის აპარატი;

ბ.ე.ბ) მობილური (გადასატანი) რენტგენოლოგიური გამოკვლევის აპარატი;

ბ.ე.გ) ექოკარდიოგრაფიული კვლევის განხორციელების შესაძლებლობა ახალშობილებისთვის;

ბ.ე.დ) ნეიროსონოგრაფიული კვლევის განხორციელების შესაძლებლობა ახალშობილებისთვის;

ბ.ე.ე) კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT).

4. დამხმარე სერვისები:

ა) 24 სთ-იან რეჟიმში ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სისხლის კომპონენტები ადგილობრივი მარაგებიდან, ასევე სხვა დაწესებულებებიდან წინასწარი შეთანხმების საფუძველზე (თუ დაწესებულებას თვითონ არ გააჩნია საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის სამსახური);

ბ) დაწესებულებას უნდა ჰყავდეს სამედიცინო აპარატურაზე პასუხისმგებელი სათანადო მომზადების მქონე ტექნიკური თანამშრომელი;

გ) ადგილზე უზრუნველყოფილი უნდა იყოს სრულყოფილად აღჭურვილი და შესაბამისი კვალიფიციური კადრით დაკომპლექტებული კრიტიკული მედიცინის განყოფილება და ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის განყოფილება (NICU);

დ) დაწესებულებაში 24 საათის განმავლობაში ხელმისაწვდომია სათანადო ლაბორატორიული გამოკვლევები (ამ მუხლის მე-5 პუნქტი).

5. ლაბორატორიული გამოკვლევები – დაწესებულებამ უნდა უზრუნველყოს 24 საათის განმავლობაში შემდეგი ლაბორატორიული გამოკვლევების შესრულება ადგილზე ან რეფერალის საშუალებით, კანონმდებლობის შესაბამისად:

ა) ჰემატოკრიტი, გლუკოზის დონე სისხლში, სისხლის გაზეები და ელექტროლიტები – საჭიროების განსაზღვრიდან არაუმეტეს 45 წუთის განმავლობაში;

ბ) სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფი და Rh კუთვნილება – საჭიროების განსაზღვრიდან გონივრულ ვადაში, მაგრამ არაუმეტეს 1 სთ-ის განმავლობაში;

გ) გაშლილი ბიოქიმიური ანალიზები, კუმბსის ტესტი, ნიმუშების ბაქტერიოლოგიური და კოაგულაციური ანალიზები (პროთრომბინის დრო – PT, ნაწილობრივი თრომბოპლასტინის დრო – PTT, ფიბრინოგენი) – საჭიროების განსაზღვრიდან არაუმეტეს 2 საათის განმავლობაში;

დ) ბილირუბინის განსაზღვრა ახალშობილებში – საჭიროების განსაზღვრიდან 1 საათის განმავლობაში;

ე) ბაქტერიული კულტურის შედეგები, გადაწყვეტილების მიღებიდან 72 საათში, ანტიბიოტიკებისადმი მგრძნობელობის შემდგომი განსაზღვრით;

ვ) შრატში მაგნიუმის განსაზღვრა;

ზ) B ჯგუფის სტრეპტოკოკი, B ჰეპატიტის ზედაპირული ანტიგენი, სეროლოგიური ტესტები სიფილისზე – RPR/VDRL, აივ ინფექცია/შიდსზე;



თ) სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სკრინინგული ტესტები ახალშობილებისთვის;

ი) შარდის საერთო ანალიზი.

[5¹. დაწესებულება უზრუნველყოფს ადგილზე ახალშობილის სმენის პირველად სკრინინგულ (ოტაკუსტიკური ემისიის მეთოდით) კვლევაზე ხელმისაწვდომობას. (ამოქმედდეს 2018 წლის 1 მარტიდან)]

5². დაწესებულება ვალდებულია, მკვდრადშობადობის შემთხვევაში უზრუნველყოს დედების კვლევა სიფილისზე (სეროლოგიური ტესტები სიფილისზე – RPR/VDRL).

6. კომუნიკაცია და ტრანსპორტირება:

ა) დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს მუდმივი კომუნიკაცია სსიპ – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრთან, კლინიკებთან პაციენტების დაუყოვნებელი კონსულტირებისა და სასწრაფო ტრანსპორტირებისათვის;

ბ) დაწესებულება ვალდებულია, უშუალოდ შეატყობინოს სსიპ – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრს, რისკის მქონე პაციენტების გადაყვანის ყველა შემთხვევის თაობაზე და უზრუნველყოს სათანადო დოკუმენტირებული აღრიცხვის წარმოება.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 25 მაისის ბრძანება №01-30/ნ - ვებგვერდი, 25.05.2017წ.](#)

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 13 სექტემბრის ბრძანება №01-59/ნ - ვებგვერდი, 14.09.2017წ.](#)

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 21 დეკემბრის ბრძანება №01-71/ნ - ვებგვერდი, 21.12.2017წ.](#)

მუხლი 4. ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის განყოფილება (NICU) [3]

1. ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის დონეების კლინიკური კრიტერიუმები:

ა) ინტენსიური მოვლა:

ა.ა) ახალშობილი <32 კვირაზე ან <1250გრამზე;

ა.ბ) ახალშობილი, რომელიც საჭიროებს ნებისმიერი ტიპის რესპირატორულ მხარდაჭერას – HFNC, CPAP, MV;

ა.გ) პოსტ. ექსტუბაციური პერიოდი – 24 სთ;

ა.დ) ახალშობილები ქირურგიული პათოლოგიებით, რომელიც მოითხოვს ოპერაციულ ჩარევას ნეონატალურ ასაკში;

ა.ე) ინოტროპების და პროსტაგლანდინების ინფუზია;

ა.ვ) განმეორებითი აპნოე/ციანოზის შეტევები, რასაც ახლავს ბრადიკარდია;

ა.ზ) ენდოკრინული და მეტაბოლური დარღვევები, რომელიც საჭიროებს სპეციალისტის მეთვალყურეობას, სპეციალურ კვლევასა, ინტენსიურ მონიტორინგსა და მართვას;

ა.თ) სისხლის სრული ან ნაწილობრივი შენაცვლებითი თერაპია;

ა.ი) პლევრალური ან პერიტონიალური, პერიკარდიული დრენაჟი ამოღებიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში;

ა.კ) პერიტონიალური დიალიზი;

ა.ლ) გულყრები;



ა.მ) სრული პარენტერალური კვება;

ა.ნ) შოკი;

ა.ო) არითმია.

ბ) შუალედური მოვლა:

ბ.ა) ნაწილობრივი პარენტერალური კვება;

ბ.ბ) პოსტოპერაციული პერიოდიდან 48 სთ-ი;

ბ.გ) თანდაყოლილი ანომალიები, რომლებიც საჭიროებს ინტენსიურ მეთვალყურეობას, კვლევას და მონიტორინგს სიცოცხლის პირველი 72 საათის განმავლობაში;

ბ.დ) MRI-კვლევიდან 24 საათი;

ბ.ე) ახლშობილი საექვო სეფსისზე და ბაქტერიული სეფსისი (მკურნალობის კურსის დამთავრებამდე);

ბ.ვ) მენინგიტი, ოსტეომიელიტი, საშარდე გზების ინფექცია;

ბ.ზ) ჰიპოგლიკემია, რომელიც საჭიროებს ინტენსიურ კვლევასა და მკურნალობას;

ბ.თ) ნებისმიერი ახალშობილი, რომელიც საჭიროებს რესპირატორულ დახმარებას: ნილაბი, კარავი, თავისუფალი ნაკადი;

ბ.ი) 1250-1800 გრამი მასის ახალშობილი, რომელსაც არ აქვს ინტენსიური მოვლის კრიტერიუმი;

ბ.კ) ახალშობილის აბსტინენციის სინდრომი – მეტი-24 სთ-ზე, რომელსაც არ აქვს NICU-ს კრიტერიუმები;

ბ.ლ) ჰიპერბილირუბინემია შენაცვლების რისკით, სიცოცხლის პირველი 24 საათის განმავლობაში;

ბ.მ) ახალშობილი საექვო თანდაყოლილ ან შეძენილ ქირურგიულ პათოლოგიებზე, რომელიც საჭიროებს ინტენსიურ კვლევასა და მონიტორინგს.

გ) გახანგრძლივებული მოვლა:

გ.ა) ჰიპერბილირუბინემია, რომელიც საჭიროებს ფოტოთერაპიას;

გ.ბ) კვების პრობლემები;

გ.გ) ახალშობილი მომვლელის გარეშე (დედა, ოჯახი);

გ.დ) არასტაბილური წონის ნამატი.

2. სერვისის მიმწოდებელი ერთეული უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს (ძალაშია 2018 წლის 1 იანვრამდე (შენიშვნა: ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის (NICU) სერვისის მიმწოდებლებმა 2018 წლის 1 იანვრამდე თავისი საქმიანობა შესაბამისობაში უნდა მოიყვანონ მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ სანებართვო მოთხოვნებთან და 2018 წლის 1 ივნისამდე მოიპოვონ ნებართვის დანართი – „ახალშობილთა ინტენსიური მოვლა“. ქვემოთ ჩამოთვლილი მოთხოვნები 2018 წლის 1 იანვრამდე გავრცელდება III დონის პერინატალური მოვლის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების მიმართ, პერინატალური რეგიონალიზაციის პროცესის ფარგლებში):

ა) გააჩნია სივრცეები ინტენსიური მოვლის, შუალედური მოვლის და გახანგრძლივებული მოვლის დონის შესაბამისი სერვისების მიწოდებისათვის (ინტენსიური მოვლის, შუალედური მოვლის და გახანგრძლივებული მოვლის დონის შესაბამისი სერვისებისათვის განიხილება როგორც იზოლირებული სივრცეების (დამოუკიდებელი დარბაზი) არსებობა, ასევე, ინტენსიური და შუალედური მოვლის სერვისებისათვის ერთიანი სივრცის (დარბაზის) არსებობა. ამ შემთხვევაში გახანგრძლივებული მოვლის სერვისის მიწოდება უნდა განხორციელდეს იზოლირებულ სივრცეში (დარბაზი));



ბ) ფართობი ერთ საწოლზე გაანგარიშებით არანაკლებ 6 მ², ხოლო საწოლებს შორის დაშორება – არანაკლებ 1.2 მ (არსებული სივრცობრივი დაგეგმარება უნდა იძლეოდეს დედის განთავსების (მაგალითად, სავარძელი) საშუალებას);

გ) განთავსებულია არანაკლებ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლი (ინტენსიური მოვლის საწოლების რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს როგორც შუალედური, ასევე, გახანგრძლივებული მოვლის საწოლების რაოდენობას);

დ) განთავსებულია არანაკლებ 6 შუალედური მოვლის საწოლი (შუალედური მოვლის საწოლების რაოდენობა შეიძლება აღემატებოდეს ინტენსიური მოვლის საწოლების რაოდენობას, მაგრამ არ უნდა იყოს გახანგრძლივებული მოვლის საწოლებზე მეტი);

ე) განთავსებულია არანაკლებ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლი;

ვ) ინტენსიური მოვლის და შუალედური მოვლის თითოეული საწოლი აღჭურვილი უნდა იქნეს სულ მცირე 1 პანელით: ურყოფითი წნევის 2 პორტი (ან 2 ელექტროამომქაჩი), 2 ჟანგბადის წყარო ფლოუმეტრით, 2 შექმუხნული ჰაერი, 8 დენის წყაროს მიმღები, მონიტორის და ტუმბოს სამაგრი (საკიდი ან სადგამით) (ყოველ შემდგომ ინტენსიური მოვლის/ შუალედური მოვლის საწოლზე ემატება 1 პანელი);

ზ) გახანგრძლივებული მოვლის ყველა საწოლი აღჭურვილი უნდა იქნეს სულ მცირე 1 პანელით: 1 ჟანგბადის წყარო ფლოუმეტრით და 4 დენის წყაროს მიმღები (ყოველ შემდგომ გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე ემატება 1 პანელი);

თ) გააჩნია ელექტროამომქაჩი ან უარყოფითი წნევის პორტი (სულ მცირე 2 ელექტროამომქაჩი ყოველ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე. ყოველ შემდგომ ≤ 3 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე ემატება 1 ელექტროამომქაჩი);

ი) ინკუბატორი 6 პორტით ინტენსიური თერაპიის ორმაგი კედლით, რენტგენის ფირის ჩასადებით, ტემპერატურის სერვოკონტროლით, რეგულირებადი ტენიანობით, დახრის რეგულირებით (აღნიშნული პარამეტრების მქონე არანაკლებ 2 ინკუბატორი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით ერთი შესაბამისი ინკუბატორი));

კ) არის სტანდარტული ინკუბატორი 6 პორტით, შემდეგი პრინციპის დაცვით:

კ.ა) სულ მცირე 4 სტანდარტული ინკუბატორი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე;

კ.ბ) ყოველ შემდგომ დამატებით ინტენსიური მოვლის საწოლზე ორმაგკედლიანი და სტანდარტული ინკუბატორი ემატება შემდეგი პრინციპით:

კ.ბ.ა) დამატებით 1 საწოლზე – 1 ორმაგკედლიანი ინკუბატორი;

კ.ბ.ბ) დამატებით 2 საწოლზე – 1 ორმაგკედლიანი და 1 სტანდარტული ინკუბატორი;

კ.ბ.გ) დამატებით 3 საწოლზე – 1 ორმაგკედლიანი და 2 სტანდარტული ინკუბატორი;

კ.ბ.დ) დამატებით 4 საწოლზე – 2 ორმაგკედლიანი და 2 სტანდარტული ინკუბატორი;

კ.ბ.ე) დამატებით 5 საწოლზე – 2 ორმაგკედლიანი და 3 სტანდარტული ინკუბატორი;

კ.ბ.ვ) დამატებით 6 საწოლზე – 2 ორმაგკედლიანი და 4 სტანდარტული ინკუბატორი და ა.შ.

კ.გ) სულ მცირე 6 სტანდარტული ინკუბატორი ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით ერთი შესაბამისი ინკუბატორი);

კ.დ) სულ მცირე 1 სტანდარტული ინკუბატორი გახანგრძლივებული მოვლის სივრცეზე (დარბაზზე).

ლ) არის ღია რეანიმაციული სისტემა/საწოლი/ტემპერატურის სერვოკონტროლით, შემდეგი პრინციპის დაცვით:

ლ.ა) სულ მცირე 2 ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ღია რეანიმაციული სისტემა /საწოლი/ ტემპერატურის სერვოკონტროლით);



ლ.ბ) სულ მცირე 1 ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ღია რეანიმაციული სისტემა /საწოლი/ ტემპერატურის სერვოკონტროლით);

ლ.გ) სულ მცირე 1 გახანგრძლივებული მოვლის სივრცეზე (დარბაზზე).

მ) არის ნეონატალური მონიტორი (T; P;T/A; RR ინვაზიური და არაინვაზიური; SP02), შემდეგი პრინციპის დაცვით:

მ.ა) სულ მცირე 6 ნეონატალური მონიტორი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე, მათგან მინიმუმ 2 წნევის ინვაზიური მონიტორინგისათვის (ყოველ შემდგომ 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით ერთი ნეონატალური მონიტორი, მათგან ≤ 3 საწოლზე სულ მცირე 1 წნევის ინვაზიური მონიტორინგისათვის);

მ.ბ) სულ მცირე 6 ნეონატალური მონიტორი ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით ერთი ნეონატალური მონიტორი); არ არის საჭირო წნევის ინვაზიური მონიტორინგი;

მ.გ) სულ მცირე 2 ნეონატალური მონიტორი ყოველ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე დამატებით ერთი ნეონატალური მონიტორი); არ არის საჭირო წნევის ინვაზიური მონიტორინგი;

ნ) არის ნეონატალური მართვითი სუნთქვის აპარატი, შემდეგი პრინციპის დაცვით:

ნ.ა) სულ მცირე 4 სუნთქვის აპარატი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე, მათ შორის 1 სასურველია იყოს მაღალსიხშირიანი ოსცილაციის ოფციით (ყოველ შემდგომ 3 ინტენსიური მოვლის საწოლზე – 2 სუნთქვის აპარატი. ყოველ შემდგომ ≤ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე 1 სუნთქვის აპარატს სასურველია, ჰქონდეს მაღალსიხშირიანი ოსცილაციის ოფცია);

ნ.ბ) დამატებით ყველა კლინიკას მოეთხოვება 1 სარეზერვო ხელოვნური სუნთქვის აპარატი.

ო) გააჩნია NCPAP აპარატი (სულ მცირე 2 NCPAP აპარატი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 ინტენსიური მოვლის საწოლზე 1 NCPAP აპარატი));

პ) არის ჰაერ-ჟანგბადის გამათბობელი და დამატენიანებელი, შემდეგი პრინციპის დაცვით:

პ.ა) სულ მცირე 6 – ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე 1 ჰაერ-ჟანგბადის გამათბობელი და დამატენიანებელი);

პ.ბ) სულ მცირე 3 – ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 2 შუალედური მოვლის საწოლზე 1 ჰაერ-ჟანგბადის გამათბობელი და დამატენიანებელი).

ჟ) გააჩნია ჰაერ-ჟანგბადის შემრევი, შემდეგი პრინციპის დაცვით:

ჟ.ა) სულ მცირე 6 შემრევი – ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე 1 ჰაერ-ჟანგბადის შემრევი);

ჟ.ბ) სულ მცირე 2 შემრევი – ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 შუალედური მოვლის საწოლზე 1 ჰაერ-ჟანგბადის შემრევი).

რ) არის ნეონატალური ამბუს ტომარა შესაბამისი ზომის ნიღბებით, შემდეგი პრინციპის დაცვით:

რ.ა) სულ მცირე 6 ტომარა ნიღბებით – ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ნეონატალური ამბუს ტომარა შესაბამისი ზომის ნიღბებით);

რ.ბ) სულ მცირე 2 ტომარა ნიღბებით – ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ნეონატალური ამბუს ტომარა შესაბამისი ზომის ნიღბებით);

რ.გ) სულ მცირე 1 ტომარა ნიღბებით – ყოველ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ნეონატალური ამბუს ტომარა შესაბამისი ზომის ნიღბებით).



ს) არის ელექტროსასწორი (ერთი თითოეული იზოლირებული სივრცის (დარბაზის) ფარგლებში);

ტ) არის 1 სინათლის წყარო (მობილური; ერთი ინტენსიური მოვლის განყოფილების (NICU) ფარგლებში);

უ) არის სატურომეტრი (სულ მცირე 1 თითოეული დონის (ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის სერვისები) ფარგლებში);

ფ) არის ნეგატოსკოპი (ერთი ინტენსიური მოვლის განყოფილების (NICU) ფარგლებში);

ქ) არის გადაუდებელი დახმარების მაგიდა (სულ მცირე 1 თითოეულ დონეზე (ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის სერვისები);

ღ) თითოეული გადაუდებელი დახმარების მაგიდაში არის ნეონატალური ლარინგოსკოპი (ყველა ზომის სოლებით);

ყ) არის მაცივარი მედიკამენტებისათვის (სულ მცირე 1 თითოეულ დონეზე (ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის სერვისები).

შ) არის მაცივარი ბავშვთა კვებისათვის, შემდეგი პრინციპის დაცვით:

შ.ა) სულ მცირე 1 თითოეულ დონეზე (ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის სერვისები);

შ.ბ) ბავშვთა კვების ოთახის არსებობისას – საკამრისია 1 მაცივარი ბავშვთა კვების ოთახში.

ჩ) არის სტერილიზატორი ახალშობილთა კვებისათვის განკუთვნილი ბოთლებისათვის (მოეთხოვება სულ მცირე ორი ინტენსიური მოვლის განყოფილების (NICU) ფარგლებში);

ც) არის ფოტოთერაპიის აპარატი, შემდეგი პრინციპის დაცვით:

ც.ა) სულ მცირე 1 აპარატი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 აპარატი);

ც.ბ) სულ მცირე 1 აპარატი ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 აპარატი);

ც.გ) სულ მცირე 1 აპარატი გახანგრძლივებული მოვლის სივრცის (დარბაზის) ფარგლებში.

ძ) არის გლუკომეტრი (სულ მცირე ერთი თითოეულ დონეზე (ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის სერვისები));

წ) არის მობილური რენტგენის აპარატი (სტაციონარში ასეთი აპარატის არსებობისას ცალკე აპარატის არსებობა აუცილებელი არ არის);

ჭ) ულტრასონოგრაფიის აპარატი (ნეიროსონოსკოპიის და ექოკარდიოგრაფიის მიმღებით/გადამწოდით) (სტაციონარში ასეთი აპარატის არსებობისას ცალკე აპარატის არსებობა აუცილებელი არ არის);

ხ) არის ხელების სადეზინფექციო ხსნარის (უალკოჰოლო) დისპენსერი (სულ მცირე ერთი თითოეული იზოლირებული სივრცის (დარბაზის) ფარგლებში; ფუნქციონირებადი და შევსებული);

ჯ) არის ერთჯერადი ხელსახოცის დისპენსერი (სულ მცირე ერთი თითოეული იზოლირებული სივრცის (დარბაზის) ფარგლებში. ფუნქციონირებადი და შევსებული);

ჰ) არის სტეტოსკოპი (ყველა ახალშობილთან);

ჰ.ა) არის ინფუზომეტი (მოცულობითი), შემდეგი პრინციპის დაცვით:

ჰ.ა.ა) სულ მცირე 6 ინფუზომეტი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ინფუზომეტი);



3.ა.ბ) სულ მცირე 2 ინფუზიონატი ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ინფუზიონატი).

3.ბ) არის შპრიცის ტუმბო (პამპი), შემდეგი პრინციპის დაცვით:

3.ბ.ა) სულ მცირე 12 შპრიცის ტუმბო (პამპი) ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ დამატებით 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით 2 შპრიცის ტუმბო (პამპი));

3.ბ.ბ) სულ მცირე 6 შპრიცის ტუმბო (პამპი) ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ დამატებით 1 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 შპრიცის ტუმბო (პამპი));

3.ბ.გ) სულ მცირე 2 შპრიცის ტუმბო (პამპი) ყოველ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე დამატებით 1 შპრიცის ტუმბო (პამპი)).

3.გ) არის ექიმ-სპეციალისტთა პანელი: ბავშვთა კარდიოლოგ-რევმატოლოგი, ბავშვთა ქირურგი, ბავშვთა ნევროლოგი, ბავშვთა ჰემატოლოგ-ტრანსფუზიოლოგი, ბავშვთა ენდოკრინოლოგი, ოფთალმოლოგი, ბავშვთა ფთიზიატრი-პულმონოლოგი, ბავშვთა გასტროენტეროლოგი, ბავშვთა ნეფროლოგი, ნეიროქირურგი, ბავშვთა უროლოგი, რადიოლოგი (უზრუნველყოფილია 24/7 ხელმისაწვდომობა ადგილზე ან გამოძახებით);

3.დ) ექთნები, შემდეგი პრინციპის დაცვით:

3.დ.ა) ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის 6 საწოლზე 3 ექთანი (ა) 1 ექთანი: 2 ახალშობილი მართვით სუნთქვაზე, 1 ექთანი: 3 ახალშობილი არამართვით სუნთქვაზე; ბ) ყოველ შემდგომ ≤ 2 მართვით სუნთქვაზე მყოფ ახალშობილზე დამატებით 1 ექთანი; ყოველ შემდგომ ≤ 3 ახალშობილზე არამართვით სუნთქვაზე დამატებით 1 ექთანი);

3.დ.ბ) ახალშობილთა შუალედური მოვლის 4 საწოლზე – 1 ექთანი (ყოველ შემდგომ ≤ 4 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ექთანი);

3.დ.გ) ახალშობილთა გახანგრძლივებული მოვლის 6 საწოლზე – 1 ექთანი (ყოველ შემდგომ ≤ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ექთანი).

[1] ნეონატოლოგიური სამსახურის ხელმძღვანელი შესაძლებელია, დასაქმებული იყოს სუბსპეციალიზებული (III) დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში.

[2] შესაძლებელია ნეონატალური პალატისა და ახალშობილთა სპეციალური მოვლის სერვისის ინტეგრირება.

[3] ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისი (NICU) – ინტენსიური მოვლის სერვისის მიმწოდებელი ერთეული დღენაკლული და ავადმყოფი ახალშობილებისათვის.

