

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

მინისტრის N01-260/ო ბრძანების თანახმად „ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების“ სისტემისა და „ელექტრონული ჯანდაცვის“ მოდულების ინტეგრაციის მიზნით გასატარებელ ღონისძიებათა განსახორციელებლად სამუშაო ჯგუფის შექმნის შესახებ

სამუშაო ჯგუფის სხდომის

ოქმი #9

თბილისი, RAMA, XII

30.09.2015წ.

12:00 სთ.

სხდომას თავმჯდომარეობდა:

გია ჯღარკავა - პროექტის მენეჯერი. სამინისტროს ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტის პროგრამული უზრუნველყოფის სამმართველოს მთავარი სპეციალისტი

სხდომას ესწრებოდნენ:

ზაზა აბრამიძე - სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ანალიტიკის დეპარტამენტის უფროსი

მზია ჯოხიძე - სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის რეგულირების სამმართველოს მთავარი სპეციალისტი

სალომე ხუტაშვილი - სამინისტროს ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტის ტექნიკური უზრუნველყოფისა და ადმინისტრირების სამმართველოს მთავარი სპეციალისტი

სხდომის დღის წესრიგი

„ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების ელექტრონული სისტემის დანერგვის და საყოველთაო ჯანდაცვის მართვის ელექტრონულ სისტემასთან ინტეგრაციის განხორციელებისა და დანერგვის შესახებ პროექტის ფარგლებში კლინიკური და ელექტრონული ფორმების შესაბამისობისა და კლინიკურ პროცესებში მოხმარების საკითხები განსაზღვრა.

1. EMR-ში HL7 CDA2 საერთაშორისო სტანდარტით არსებული კლინიკური ფორმების გაცნობა.

2. ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტის მხრიდან პროექტის მართვის ხელმძღვანელმა (გია ჯღარკავა) წარადგინა სამუშაო პროცესის არსი, გამოყენების შესაძლებლობები და არსებული ტექნიკური სამუშაო გეგმა .
3. ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტის მხრიდან (გია ჯღარკავა) მოხდა კითხვების წამოჭრა, თუ როგორ უნდა იყოს კანონის ფარგლებში ტექნიკურად ამბულატორიული (დანართი 1) და სტაციონარული (დანართი 2) სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების წარმოება. რა სახის აუცილებელი შევსების საკითხებია გასათვალისწინებელი და სავალდებულოა თუ არა არაელექტრონული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების ზუსტი მსგავსება (ფორმების თანმიმდევრობა).
4. რეგულირების სააგენტოს წარმომადგენელმა (ზაზა აბრამიძე) დასვა შეკითხვა პაციენტთა მონაცემების უსაფრთხოების შესახებ და გამოთქვა სავარაუდო მოსაზრებები მისი სამომავლო გაკონტროლების თაობაზე.
5. ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელმა (მზია ჯოხიძე) დასვა შეკითხვები შევსების შესაძლო ვარიანტებთან დაკავშირებით და ასევე დაინტერესდა სხვადასხვა დაწესებულებიდან პაციენტის ისტორიის ხელმისაწვდომობაზე, რაზეც პროექტის მართვის ხელმძღვანელმა (გია ჯღარკავა) გააცნო პაციენტის ისტორიის მართვის ტექნიკური შესაძლებლობები.
6. დაიგეგმა შემდგომი შეხვედრა, 1-2 კვირაში. წარდგენილი უნდა იყოს ელექტრონული ამბულატორიულ-სტაციონალური სამედიცინო დოკუმენტაცია თავისი შესაძლო შეკითხვებითა და ვარიანტებით.

EMR პროექტის მენეჯერი

გიორგი ჯღარკავა

დანართი 1

ფორმა №IV-200/ა

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ამბულატორიული პაციენტის

სამედიცინო ბარათი №

გვარი, სახელი,

სქესი:

დაბადების თარიღი ტელეფონი

პირადი ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)

მისამართი

სამუშაო ადგილი, პროფესია

შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი: ზომიერი , მნიშვნელოვანი , მკვეთრი .

სისხლის ჯგუფი Rh-ფაქტორი

სისხლის გადასხმები

(როდის და რამდენი)

ალერგია

(მედიკამენტი, საკვები და სხვა. რეაქციის ტიპი)

ქირურგიული ჩარევები

გადატანილი ინფექციური დაავადებები

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

სადაზღვევო პოლისის ნომერი

სადაზღვევო კომპანია

დანართი №2

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-1/ა

იმუნიზაციის ცხრილი

თარიღი	ასაკი	ტუბერკულოზი	ჰეპატიტი B	დიფტერია	ტეტანუსი	ყივანახველა	ჰემოფილური ინფექციები	პოლიომიელიტი	წითელა	წითურა	ყბაყურა	**	**	**	ვაქცინა, სერია	შენიშვნები	ხელმოწერა

* ჩატარებული იმუნიზაცია აღინიშნება „+“ ნიშნით

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

*** თავისუფალ გრაფებში შესაძლებელია მიეთითოს სხვა ჩატარებული იმუნიზაციის მონაცემები

დაწართი №3

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-2/ა

ზოგადი მონაცემების ცხრილი

[illegible]

* სერვისის მიმწოდებელი უფლებამოსილია ცხრილის თავისუფალ გრაფაში დააფიქსიროს სხვა, მისთვის საჭირო ობიექტური მონაცემი

დანართი №4

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-3/ა

დასკვნითი დიაგნოზების ცხრილი

[illegible]

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება
ფორმა №IV-200-4/ა

[illegible]

ამზულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება
ფორმა №IV-200-5/ა
პაციენტის გასინჯვის ფურცელი

კონსულტაციის სახე _____
კამედიცინო ბარათის № _____
პაციენტი _____
(სახელი, გვარი, ასაკი)

[illegible]

ექიმის სახელი, გვარი _____ თარიღი _____

დანართი №7

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-6/ა

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ სპეციალობა _____

ხელმოწერა _____ თარიღი _____

დანართი №8

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-7/ა

სამედიცინო ჩარევის ოქმი №

პაციენტის გვარი, სახელი

_____ განყოფილება _____ ბარათის ნომერი

_____ სამედიცინო ჩარევის სახე

_____ გაუტკივარება _____

_____ დაწყების თარიღი, დრო _____

_____ დასრულების თარიღი, დრო _____

_____ რეკომენდაცია/დანიშნულება

_____ ექიმი _____

(სახელი, გვარი)

_____ ხელმოწერა _____

დანართი №9

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-8/ა

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე

მე (სახელი, გვარი)

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

პაციენტის (ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის)

ხელმოწერა _____

მე, ექიმი _____ (სახელი, გვარი)

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

ხელმოწერა _____

თარიღი „-----“-----

დანართი №10

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

ფორმა №IV-200-9/ა

პირის/დაწესებულების დასახელება

ანტე/პერინატალური ანამნეზი

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

ორსულობა რიგითობა ----- ანამნეზში: აბორტი ☐ თვითნებური ☐ ხელოვნური; მკვდრადშობადობა

☐ ჯერადობა -----; სხვა პრობლემა -----

ჯანმრთელობის პრობლემები ბოლო ორსულობისას: -----

მედიკამენტების გამოყენება ☐ არა, ☐ კი -----

სკრინინგი სგდ ☐ არა, ☐ კი ----- აივ/შიდსი ☐ არა, ☐ კი B ჰეპატიტი ☐ არა, ☐ კი

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

----- საკეისრო კვეთა ☐

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

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

სამშობიაროდან გამოეწერა ჯანმრთელი ☐ კი, ☐ არა -----

კვების ხასიათი სამშობიარო სახლში: ბუნებრივი ☐ შერეული ☐ ხელოვნური ☐ (მიზეზი/საკვები)-----

იმუნიზაცია სამშობიარო სახლში:

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

სკრინინგი

ენილკეტონურია ☐ კი, ☐ არა, შედეგი -----

ჰიპოთირეოზი ☐ კი, ☐ არა, შედეგი -----

დანართი №11

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-10/ა

გეგმური მეთვალყურეობის ფორმა

0-18 წელი

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

ზოგადი მონაცემები

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

ობიექტური მონაცემები

ზოგადი მდგომარეობა	
კანი	
კანქვეშა ქსოვილი	
ხილული ლორწოვანი გარსები	
პერიფერიული ლიმფური კვანძები	
კუნთოვანი სისტემა	
ძვალ-სახსროვანი სისტემა	
სასუნთქი სისტემა	
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	
საჭმლის მომნელებელი სისტემა	
შარდ-სასქესო სისტემა	
ნერვული სისტემა	
ფსიქო-ნევროლოგიური სტატუსი*	

*ყველა ვიზიტის დროს ფასდება ფსიქომოტორული განვითარება ასაკის მიხედვით. პრე და პუბერტატულ ასაკში ფასდება მეორადი სასქესო ნიშნები

კვება

საყოფაცხოვრებო პირობები: ადეკვატური კი ☐ არა ☐
 ბავშვზე ძალადობის/უგულველყოფის ნიშნები: არა კი ☐ არა ☐
 ბავშვის ქცევა / დამოკიდებულება ოჯახის წევრებთან და მეგობრებთან -----
 გეგმიური იმუნიზაცია ჩატარდა: კი ☐ არა ☐

მიზეზი

ფსიქომოტორული განვითარება: შეესაბამება ასაკს ☐ არ შეესაბამება ასაკს ☐
 მეორადი სასქესო ნიშნების შეფასება: შეესაბამება ასაკს ☐ არ შეესაბამება ასაკს ☐

დამატებითი მონაცემები

ფორმა №IV-200-11/ა
ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებელი
პირის /დაწესებულების დასახელება
ლაბორატორიული გამოკვლევები

რიგითი №	პაციენტის სახელი და გვარი	საიდენტიფიკაციო №	ჩატარების თარიღი	კვლევის ტიპი (ჩაიწეროს სიტყვიერად)	კვლევის ტიპი (ჩაიწეროს ლაბორატორიული მართვით)	კვლევა ჩაატარა		
						მომსახურების გაწევის სუბიექტის	ხელის მოწერა	
							ექიმი	ექთანი

ფორმა №IV-200-12/ა
ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

[illegible]

ფორმა №IV-200-13/ა
ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

[illegible]

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-300/ა

(დაწესებულების დასახელება)
დამტკიცებულია

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის
„—“ „—“ №— ბრძანებით

სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი №—

სისხლის ჯგუფი
და Rh-ფაქტორი —

ალერგია —

(პრეპარატის

დასახელება)

გვარი, სახელი, მამის სახელი —

სქესი: მამრობითი მდედრობითი

ასაკი —

ბავშვებისათვის: 1 თვემდე — დღის, 1 წლამდე — თვის

ოჯახური მდგომარეობა — მოქალაქეობა —

პირადი ნომერი —

მისამართი —

საკონტაქტო ტელეფონი —

სამუშაო ადგილი, პროფესია, თანამდებობა —

სადაზღვევო კომპანია —

პოლისის ნომერი —

ჰოსპიტალიზაციის თარიღი და დრო — განყოფილება —

პალატა № — სხვა განყოფილებაში გადაყვანა —

ტრანსპორტირების სახეობა: საკაცით სავარძლით შეუძლია სიარული

მოყვანილია (ვის მიერ) —

ვინ გამოგზავნა პაციენტი —

სტაციონარში მოყვანილია სასწრაფო ჩვენების გამო:
არა

დიახ

_____ საათის შემდეგ _____ დაავადების დაწყებიდან _____ ტრავმის მიღებიდან

ჰოსპიტალიზებულია გეგმურად:
არა

დიახ

გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზი _____

დიაგნოზი შემოსვლისას (წინასწარი) _____

კლინიკური დიაგნოზი _____

_____ დადგენის თარიღი _____

დასკვნითი კლინიკური დიაგნოზი (გამოწერისას):

ძირითადი დაავადება _____

ძირითადი დაავადების გართულება (გართულებები) _____

თანმხლები დაავადება (დაავადებები) _____

ჰოსპიტალიზირებულია მიმდინარე წელს ამ დაავადების გამო: პირველად, განმეორებით.

ოპერაციული მკურნალობა, გაუტკივარების მეთოდები და შემდგომი გართულებები:

ოპერაციის დასახელება	თარიღი, საათი	გაუტკივარების მეთოდი	გართულებები

გაცემული საავადმყოფო ფურცლის № _____ თარიღი _____ დან _____ მდე

დაავადების გამოსავალი: გამოჯანმრთელება, გაუმჯობესება, უცვლელი, გაუარესება,

გარდაიცვალა (თარიღი) _____ გადაყვანილია სხვა დაწესებულებაში _____
(დაწესებულების დასახელება)

სხვა (ჩაიწეროს) _____

გაწერის თარიღი და დრო _____ საწოლდღე _____

მკურნალი ექიმი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____

სამსახურის უფროსი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____	

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება

	ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____	
--	---	--

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

პათოლოგანატომიური (ჰისტოლოგიური) დასკვნა

ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი:

ძირითადი _____

ძირითადი გართულება _____

თანმხლები _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____

მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის ჩანაწერი

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა

თარიღი, დრო	პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა
	ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

დანართი 2

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-1/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

ფიზიკალური მონაცემების რეგისტრაციის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____
 განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

ფიზიკალური მონაცემები	დრო	რიცხვი									
არტერიული წნევა											
გულისცემის სიხშირე											
ტემპერატურა											
მიღებული სითხის რაოდენობა											
	სულ										
გამოყოფილი შარდის რაოდენობა											
	სულ										
დრენაჟიდან გამოყოფილი სითხის რაოდენობა											
	სულ										
სუნთქვის სიხშირე											
დეჟუკაცია											
პაციენტის წონა											
მორიგე ექთნის ხელმოწერა											

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

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-2/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

ექიმის დანიშნულების ფურცელი

განყოფილება _____

პალატის ნომერი _____

[illegible]

[illegible]

ექიმი ანესტეზიოლოგის სახელი გვარი ----- ხელმოწერა -----
ექთანი ანესტეზისტის სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა -----

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-4/ა
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

„-----“ 200 ₺

ბარათის ნომერი _____ განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

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

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-5/ა
რთველის შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

ბარათის ნომერი

[illegible]

თარიღი _____

ზოგადი ანესთეზიის სქემა

ანესთეზიოლოგი _____

ხელმოწერა _____

სახელი, გვარი

თარიღი _____

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა #IV-300-6/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____
ბარათის ნომერი _____
განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

თარიღი:	დრო:	ასაკი:	სქესი:	წონა: კგ.	სიმაღლე: სმ.
წინასწარი დიაგნოზი: _____					
ოპერაცია: _____					
ინტუბაცია (მალამპატი) პროთეზი:					
ანამნეზი: ალერგია: მედიკამენტური დამოკიდებულება: მავნე ჩვევები: თამბაქო: ალკოჰოლი: ნარკოტიკები: სხვა: დაავადებები: გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: სასუნთქი სისტემა: ენდოკრინული სისტემა: ნერვული სისტემა: შარდგამომყოფი სისტემა: საჭმლის მომნელებელი სისტემა: საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი: წარსულში ჩატარებული ანესთეზიები: ოჯახური ანამნეზი: საკვების/სითხის ბოლო მიღების დრო: სხვა:					
ფიზიკალური გამოკვლევა:		T/AmmHg	Psცვ/წთ	R'წთ	t°C:
გული:					
ფილტვები:					
ნევროლოგიური სტატუსი:					
გაუტკივარების რისკი ASA: შენიშვნა:					

ექიმ-ანესთეზიოლოგის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-7/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი

პაციენტის საყოფადღებოდ

თქვენ მიერ ექიმისთვის მიწოდებულმა არასწორმა ინფორმაციამ შესაძლებელია საფრთხე შეუქმნას ოპერაციის შედეგს და თქვენს ჯანმრთელობას.
მოწოდებული ინფორმაცია არის კონფიდენციალური.

გვარი, სახელი _____

თარიღი _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____

პალატის ნომერი _____

პასუხი შემოხაზეთ

1. გაქვთ თუ არა ტკივილი გულის არეში	დიახ	არა
– დატვირთვის დროს	დიახ	არა
– მოსვენების დროს	დიახ	არა
– ღამით	დიახ	არა
2. გაქვთ თუ არა ქოშინი (ჰერის უკმარისობა)	დიახ	არა
– კიბეზე ასვლისას	დიახ	არა
– მოსვენებით მდგომარეობაში	დიახ	არა
– ღამით	დიახ	არა
3. გაქვთ თუ არა არითმია	დიახ	არა
4. გაწუხებთ თუ არა მაღალი არტერიული წნევა	დიახ	არა
5. გაქვთ თუ არა გადატანილი გულ-სისხლძარღვთა სისტემასთან დაკავშირებული დაავადებები (ჩამოთვალეთ)	დიახ	არა
6. გაქვთ თუ არა თავის ტკივილი	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა გულისრევის შეგრძნება	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა ღებინება	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა შუილი ყურებში	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა თავბრუსხვევა	დიახ	არა
7. გქონიათ თუ არა გონების დაკარგვის ეპიზოდები	დიახ	არა
8. გაქვთ თუ არა მხედველობის პრობლემები	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა გლაუკომა	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა მიოპია (ახლომხედველობა)	დიახ	არა
9. გაქვთ თუ არა პრობლემები პირის ღრუს მხრივ	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა მერყევი კბილები	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა პროთეზი	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა მოსახსნელი პროთეზი	დიახ	არა
10. გაქვთ თუ არა ყლაპვის გაძნელება	დიახ	არა
11. გაქვთ თუ არა ყელის ტკივილი	დიახ	არა
12. გაქვთ თუ არა ხველა	დიახ	არა
– სისხლიანი ნახველით	დიახ	არა
– მოყვითალო ფერის ნახველით	დიახ	არა

13. გაქვთ თუ არა ბრონქული ასთმის მოვლენები	დიახ	არა
14. გადატანილი გაქვთ თუ არა ფილტვების ანთება ან პლევრიტი	დიახ	არა
15. გაქვთ თუ არა ტკივილი მუცლის არეში	დიახ	არა
16. გაქვთ თუ არა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება	დიახ	არა
17. გქონიათ თუ არა შავი ფერის განავალი	დიახ	არა
19. გაქვთ თუ არა ბოცინი, გულმმარვა, სლოკინი	დიახ	არა
20. გაქვთ თუ არა თირკმლის დაავადება	დიახ	არა
21. გაქვთ თუ არა ნაღველ-კენჭოვანი დაავადება	დიახ	არა
22. გაქვთ თუ არა ტკივილი წელის არეში	დიახ	არა
23. გაქვთ თუ არა შარდვის გამწვანება	დიახ	არა
24. გაქვთ თუ არა ხშირი შარდვა	დიახ	არა
25. გაქვთ თუ არა ბუასილი	დიახ	არა
27. გაქვთ თუ არა ვენების ვარიკოზული გაგანიერება	დიახ	არა
28. გაქვთ თუ არა დიაბეტი	დიახ	არა
29. გაქვთ თუ არა ფარისებური ჯირკვლის დაავადებები	დიახ	არა
30. გაქვთ თუ არა კანის დაავადებები	დიახ	არა
31. გაქვთ თუ არა სასქესო ორგანოების დაავადებები	დიახ	არა
32. გაქვთ თუ არა ვენერული დაავადებები	დიახ	არა
33. გაქვთ თუ არა ალერგია მედიკამენტებზე	დიახ	არა
– მედიკამენტის დასახელება		
34. გაქვთ თუ არა სეზონური ალერგია	დიახ	არა
35. გაქვთ თუ არა ალერგია კვების პროდუქტებზე	დიახ	არა
36. ღებულობთ თუ არა მედიკამენტებს	დიახ	არა
– მედიკამენტის დასახელება		
37. ჩამოთვალეთ თქვენ მიერ გადატანილი დაავადებები		
38. ინფიცირებული ხართ თუ არა აივ-ინფექციით		
39. გაქვთ თუ არა გადატანილი ჰეპატიტი (A, B, C), ტუბერკულოზი	დიახ	არა
40. მიღებული გაქვთ თუ არა თავის ქალის ტრავმა	დიახ	არა
41. ეწევით თუ არა თამბაქოს	დიახ	არა
42. ეტანებით თუ არა ალკოჰოლს	დიახ	არა
43. იღებთ თუ არა ნარკოტიკებს	დიახ	არა
44. უჩივით თუ არა უძილობას	დიახ	არა

პაციენტის ხელმოწერა _____

პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე

ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე წარმოადგენს დოკუმენტს, რომელშიც პაციენტი, პაციენტის ნათესავი, ან მისი კანონიერი წარმომადგენელი (მეურვე ან ნდობით აღჭურვილი პირი) ადასტურებენ, რომ მათ სრულფასოვნად გააცნობიერეს მკურნალობის აუცილებლობა, მისი მეთოდები, პოტენციური რისკი, შესაძლო გართულებები, ოპერაციის შემდგომი და რეაბილიტაციური პერიოდის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა და თავისებურებები.

შენიშვნა:

- ა) თუ პაციენტი საღ გონებაზეა, ადეკვატურია, თანხმობას უშუალოდ თვითონ აწერს ხელს;
- ბ) თუ პაციენტი უკონტაქტოა ან არაადეკვატურია, თანხმობას ხელს აწერს პაციენტის ნათესავი, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი;

პაციენტის გვარი, სახელი _____ სქესი _____ ასაკი _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____

პალატის

ნომერი _____

მისამართი _____

_____ ტელეფონის №: _____

პირადობის დამადასტურებელი საბუთი _____

ოპერაციის წინა დიაგნოზი _____

ოპერაციის დასახელება _____

ოპერატორი _____

ანესთეზიოლოგი _____

ზოგადი ინფორმაცია გაუტკივარების შესახებ

ანესთეზიოლოგია გულისხმობს არა მხოლოდ გაუტკივარებას, არამედ ავადმყოფთა უსაფრთხოებას ქირურგიული მკურნალობის ძირითად ეტაპებზე, ანუ პაციენტების შემოწმებას, კონსულტირებას და მომზადებას ანესთეზიისათვის, გაუტკივარებას ოპერაციასა და მის შემდგომ პერიოდში, ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგს და მართვას (გარეგანი სუნთქვა და რესპირატორული თერაპია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, ძილი, ფსიქო-ემოციური სტატუსი და სხვა), პოსტოპერაციული პერიოდის მართვას.

არსებობს გაუტკივარების შემდეგი სახეები: ზოგადი, რეგიონული და ადგილობრივი.

ზოგადი ანესთეზია არის ინტრავენური და ინჰალაციური.

ინტრავენური ანესთეზიის დროს პაციენტის ვენაში შეჰყავთ პრეპარატი, რომელიც იწვევს გაუტკივარებას და თრგუნავს პაციენტის ცნობიერებას. იგი გამოიყენება მცირე და საშუალო მასშტაბის ოპერაციების დროს. იგივე შედეგი შეიძლება მიღწეულ იქნეს ინჰალაციური ანესთეზიით, როდესაც პაციენტს ნიღბით ან საინტუბაციო მილის საშუალებით მიეწოდება ინჰალაციური ანესთეტიკი. რიგ შემთხვევაში ტარდება ზოგადი კომბინირებული ანესთეზია, რაც

გულისხმობს ინტრავენური და ინჰალაციური ანესთეზიის კომბინაციას. ზოგადი ანესთეზია გამოიყენება ფართომასშტაბიანი ოპერაციების დროს.

რეგიონალური გაუტკივარების მეთოდებს შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია სპინალურ და პერიდურალურ ანესთეზიას, რომლის დროსაც ზურგის ტვინის არეში შეჰყავთ სხვადასხვა ხანგრძლივობის მოქმედების ანესთეტიკები, რაც იწვევს ტკივილის, შეხების და ზოგიერთ შემთხვევაში შეყვანის ადგილიდან ქვევით მოძრაობის დროებით გამოთიშვას. სპინალურ ანესთეზიას ზოგ შემთხვევაში ემატება ინტრავენური სედაცია და პაციენტს ოპერაციის დროს სძინავს. მიუხედავად პაციენტების დიდი შიშისა, ამ სახის ანესთეზიის დროს ზურგის ტვინისა და მისგან გამომავალი ნერვების დაზიანება თითქმის გამორიცხულია.

გაუტკივარების შესაძლო გართულებები

მიუხედავად სრულფასოვნად ჩატარებული გაუტკივარებისა, არსებობს მოსალოდნელი გართულებების ალბათობა. ნებისმიერი სახის გაუტკივარება დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან. სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი გაუტკივარების დროს შეადგენს 1:10000. ზოგადად, გაუტკივარების გამოსავალი არის კარგი, თუმცა მოსალოდნელია გარკვეული გართულებები, რომელთა რიცხვს განეკუთვნება:

- მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

- ინსულტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა ან ცერებროვასკულარული დაავადებები

- ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია

- ასპირაციული პნევმონია, რომელიც შეიძლება განვითარდეს გადაუდებელი ოპერაციის, სავსე კუჭის და მუცლისშიდა წნევის მაღალი მაჩვენებლების (ორსულობის ან ნაწლავთა გაუვალბობის) დროს

- ავთვისებიანი ჰიპერთერმია, რომლის დიაგნოსტიკა წინასაოპერაციო პერიოდში ძალიან ძნელია

- გაუთვალისწინებელი ალერგიული რეაქციები მედიკამენტებსა და სისხლის კომპონენტებზე

- ნერვის შექცევადი ან შეუქცევადი დაზიანება რეგიონული გაუტკივარების დროს

- პნევმონია ან ატელექტაზი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს იმ პაციენტებში, რომლებსაც წარსულში დაუდგინდათ ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდათ სასუნთქი გზების ინფექციები

- კბილების, ღრძილის, ტუჩების ან პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება გაუტკივარების პროცედურების ჩატარების დროს

- ყელის ტკივილი, ხმის ჩახლეჩა გახანგრძლივებული ოპერაციების დროს

- სხვა მოულოდნელი შემთხვევითი დაზიანება, რომელიც ვერ იქნება ნავარაუდევია გაუტკივარების დაწყებამდე

ოპერაციის ჩასატარებლად არჩეული გაუტკივარების მეთოდი

☐ ზოგადი ბალანსირებული გაუტკივარება
სპონტანური

☐ ინჰალაციური ანესთეზია

☐ სპინალური გაუტკივარება
ინტრავენური გაუტკივარება

სუნთქვის შენარჩუნებით

☐ ტოტალური

☐ ეპიდურული გაუტკივარება
ტოტალური ინტრავენური გაუტკივარება

☐

სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით

☐ გამტარებლობითი გაუტკივარება

☐ სხვა _____

დამატებითი შენიშვნები გაუტკივარების შესაძლო გართულების შესახებ:

—

—

ექიმი ანესთეზიოლოგი: _____

თანხმობა გაუტკივარებაზე:

მე, _____,
(პაციენტი ან მისი თანმხლები პირი – მიეთითოს პაციენტთან კავშირი)

მცხოვრები _____
(მისამართი)

პირადობის მოწმობა _____

Nº

პირადი №

ვადასტურებ, რომ:

1. ანესთეზიოლოგმა მომწოდდა სრული ინფორმაცია მოსალოდნელი გაუტკივარების და ოპერაციის წინა მომზადების შესახებ. საკვების მიღება უნდა შეწყდეს — სთ-ზე. მე მზად ვარ შევასრულო აღნიშნული მითითება.
2. მივაწოდე ინფორმაცია ექიმს, ჩემთვის ცნობილი ყველა გადატანილი დაავადების და მედიკამენტების ან საკვების მიმართ ალერგიული რეაქციის შესახებ.
3. მქონდა შესაძლებლობა ანესთეზიოლოგთან მემსჯელა მოსალოდნელი გაუტკივარების შესახებ და მივიღე პასუხი ჩემთვის საინტერესო ყველა კითხვაზე.
4. მქონდა საკმარისი დრო გადაწყვეტილების მისაღებად და ალტერნატიული აზრის მოსმენის საშუალება.
5. საკუთარი ნებით, ყოველგვარი ზეწოლის გარეშე, ანესთეზიოლოგს უფლებას ვაძლევ ჩამიტაროს შესაბამისი გაუტკივარება.
6. თანახმა ვარ ჩამიტარდეს ქირურგიული ჩარევა მითითებულ პირობებში და ანესთეზიოლოგმა საჭიროებისამებრ გამოიყენოს დამატებითი მეთოდები, მათ შორის, განახორციელოს ჰემოტრანსფუზია, რომლის შესაძლო გართულებებსაც ვაცნობიერებ.

7. უფლებას ვაძლევ ანესთეზიოლოგს საკუთარი შეხედულებისამებრ ჩართოს გაუტკივარებაში ექთანი, სანიტარი და სხვა საჭირო პერსონალი.

8. ვიტოვებ უფლებას, ანესთეზიის დაწყებამდე, ნებისმიერ დროს, გავაუქმო აღნიშნული ხელშეკრულება.

9. გავცანი აღნიშნულ დოკუმენტს და ჩემთვის ყველაფერი ნათელია.

10. აღნიშნულ ხელშეკრულებას ხელს ვაწერ საკუთარი ნებითა და ნათელი ცნობიერებით.

11. ინფორმირებული ვარ, რომ აღნიშნული ხელშეკრულება ძალაშია 72 საათის განმავლობაში.

☐ თანხმობას ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე და ანესთეზიოლოგად ვირჩევ

☐ უარს ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე (აღინიშნოს მიზეზი)

პაციენტის (ან პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის
ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირის, ხელმოწერა _____

თარიღი _____

დრო _____

პალატის ნომერი _____

სახელი, გვარი

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-10/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

პაციენტის თანხმობა

სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე

მე, _____,
(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის შესახებ.

მკურნალმა ექიმმა გამაცნო გადასხმის მიზანი, მისი აუცილებლობა, ხასიათი და პროცედურის თავისებურებანი, გადასხმის შემდეგ შესაძლო რეაქციები და გართულებები, რომლის განვითარების შემთხვევაში თანახმა ვარ ყველა საჭირო სამედიცინო ჩარევაზე. ასევე ჩემთვის ცნობილია დაავადების მიმდინარეობა სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმაზე უარის შემთხვევაში.

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

გაესაუბრა ექიმმა _____
ხელმოწერა _____

(სახელი, გვარი)

„_____“ _____ 200_____ წელი

პაციენტი თანახმაა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რაზედაც

პირადად აწერს ხელს _____ (პაციენტის ხელმოწერა) _____
(სახელი, გვარი)

ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა _____ (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

პაციენტი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რასაც ადასტურებს

საკუთარი ხელის მოწერით _____ (პაციენტის ხელის მოწერა) _____
(სახელი, გვარი)

ნათესავის ან კანონიერი
წარმომადგენლის _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა _____ (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-11/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

სისხლის და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ოქმი

პაციენტის გვარი, სახელი _____ ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

სისხლის ჯგუფი _____ რეზუს-ფაქტორი _____ ანალიზის № _____ გადასხმის თარიღი _____

სისხლის ანალიზის ჩატარების თარიღი _____

ტრანსფუზიის ჩვენება: მწვავე სისხლდენა, ტრავმული შოკი საშუალო ან ძლიერი სისხლდენით,
სხვადასხვა წარმოშობის ანემია,
ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია (ხაზი
გაესვას), სხვა _____

სატრანსფუზიო საშუალება: კონსერვირებული სისხლი, ერითროციტული მასა, გარეცხილი
ერითროციტები, ლეიკოციტური მასა, BCR-ერითროციტები თრომბოკონცენტრატი, პლაზმა
(ნატიური, ახლად გაყინული) _____

გადასხმის მეთოდი: წვეთოვნად წვ. წუთში, ნაკადით, სხვა _____ რაოდენობა _____

საპასპორტო მონაცემები: ეტიკეტის № _____ დამზადების თარიღი _____ სისხლის
კომპონენტის
დასახელება _____

ჯგუფობრიობა _____ რეზუს კუთვნილება _____ დონორის გვარი/კოდი _____

დამამზადებელი ორგანიზაცია _____

ტრანსფუზიული
ანამნეზი: _____

სამეანო
ანამნეზი: _____

სისხლის ჯგუფობრიობის საკონტროლო გამოკვლევების შედეგები

პაციენტის სისხლის ჯგუფი: _____ დონორის სისხლის ჯგუფი: _____

ჯგუფობრიობის განსაზღვრა ნაწარმოებია მონოკლონების თითო სერიით

ანტი A _____ ანტი B _____ ანტი AB _____ ანტი D _____

ინდივიდუალური შეთავსების საკონტროლო გამოკვლევების შედეგები

ჯგუფობრიობაზე რეზუსზე სამჯერადი ბიოლოგიური სინჯი

ტრანსფუზია დაიწყო სთ. წუთზე, P TA t R

ტრანსფუზია დამთავრება სთ. წუთზე, P TA t R

ტრანსფუზიის შემდგომი მეთვალყურეობა

15 წუთის შემდეგ P TA t R

1 საათის შემდეგ P TA t R

2 საათის შემდეგ P TA t R

რეაქცია ან გართულება ტრანსფუზიის დროს ან მის შემდეგ

ექიმის გვარი, სახელი ხელმოწერა თარიღი

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-12/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის — № ---- ბრძანებით

**პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების
გაწევაზე**

მე, _____

(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ.

მკურნალმა ექიმმა მომაწოდა შემდეგი ინფორმაცია:

1. სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ:

2. სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ:

3. პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული
რისკის შესახებ:

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

5. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ:

6. ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ:

პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა სხვა საინტერესო შეკითხვაზე.

ექიმი _____
(სახელი, გვარი)

ხელმოწერა _____

„.....“ 200 — წ.

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა _____ (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

პაციენტი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რასაც ადასტურებს

საკუთარი ხელის მოწერით _____ (პაციენტის ხელის მოწერა) _____
(სახელი, გვარი)

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა _____ (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-13/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის № ბრძანებით

პაციენტის მდგომარეობის ამსახველი ძირითადი მაჩვენებლების რუკა

პაციენტის სახელი, გვარი ბარათის ნომერი
განყოფილება პალატის ნომერი.....

	დრო												
სიმპტომები	მდგომარეობა დ. სს. მ.												
რეანაციული ლონისპიებები													
მკურნალობა													
შარდი	დიურეზი												
	ცილა												
	შაქარი												
	აცეტონი												
	Ph												
სისხლი	ჰემოგლობინი												
	ედსი მმ/სთ												
	ლეიკოციტი												
	Ph												
	O ₂												
	შაქარი												
ფერმენტები													
მორიგე ექთნის ხელმოწერა													

დ – დამაკმაყოფილებელი
სს – საშუალო სიმძიმის
მ – მძიმე

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-14/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

პაციენტის მდგომარეობის დინამიკა _____

პაციენტის შემდგომი მართვის ტაქტიკა და პროგნოზი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-15/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ №----- ბრძანებით

წინასაოპერაციო ეპიკრიზი

პაციენტის გვარი, სახელი _____

განყოფილება _____ ბარათის ნომერი _____

ჩივილები _____

დაავადების დინამიკა _____

ობიექტური მონაცემები (მოკლედ) _____

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევების შედეგები _____

კლინიკური დიაგნოზი _____

ოპერაციული მკურნალობის ჩვენება _____

ოპერაციული მკურნალობის მიზანი და ამოცანები _____

ოპერაციის გეგმა _____

ოპერაციის მსლელობისას მოსალოდნელი ტექნიკური სირთულები _____

მოსალოდნელი პოსტოპერაციული გართულებები _____

პოსტოპერაციული გართულებების პრევენცია _____

მკურნალი ექიმის _____ ხელმოწერა _____ თარიღი _____
(სახელი, გვარი)

განყოფილების გამგის _____ ხელმოწერა _____ თარიღი _____
(სახელი, გვარი)

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-16/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № ---- ბრძანებით

ოპერაციის პროტოკოლი №

პაციენტის გვარი, სახელი _____

განყოფილება _____ ბარათის ნომერი _____

ოპერაციის დასახელება _____

გაუტკივარების სახეობა _____

ოპერაციის დაწყების თარიღი, დრო _____

ოპერაციის დასრულების თარიღი, დრო _____

ოპერაციის აღწერა:

პაციენტის მდებარეობა საოპერაციო მაგიდაზე _____

საოპერაციო არის დამუშავება _____

საოპერაციო მიდგომა _____

(საოპერაციო განაკვეთის არე,

განაკვეთის ზომა, მიმართულება,

განაკვეთის შრეები)

ოპერაციისას გამოვლენილი პათოლოგიური ცვლილების აღწერა _____

ინტრაოპერაციული დიაგნოზი _____

ოპერაციის მსვლელობის თანმიმდევრობითი აღწერა _____

ჩატარებულია თუ არა ჭრილობის ჰემოსტაზი, ჭრილობაში (დრუში) დატოვებული ტამპონების
და დრენაჟების რაოდენობა, მათი კანში გამოტანის ადგილების მითითებით _____

ბანდისა და ინსტრუმენტების საკონტროლო დათვლა _____

ოპერაციის დასრულება (ნაკერების ტიპი, ნახვევი) _____

ამოკვეთილი მაკროპრეპარატის აღწერა, მათი გაგზავნის ადგილი _____

ოპერატორი _____ ხელმოწერა _____

(სახელი, გვარი)

თარიღი _____

დანართი 18

სამედიცინო დოკუმენტაცია

ფორმა №IV-301/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა

და სოციალური დაცვის მინისტრის

2009 წლის _____ № ----- ბრძანებით

სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალი

№	შემოსვლა		გვარი, სახელი, მამის სახელი	ასაკი	მისამართი	ვინ გამოგზავნა პაციენტი ან ვის მიერ არის მიყვანილი	განყოფილება, რომელშიც განთავსდა პაციენტი
	თარიღი	დრო					

პაციენტის სტაციონარული ბარათის №	გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზი	გაეწერა, გადაყვანილ იქნა სხვა სტაციონარში, გარდაიცვალა (ჩაიწეროს და აღინიშნოს თარიღი და სტაციონარის დასახელება, სადაც იქნა გადაყვანილი)	ნათესავისთვის (ან კანონიერი წარმომადგენლისათვის) ან დაწესებულებისათვის ჰოსპიტალიზაციის შესახებ მიწოდებული ინფორმაციის აღვნიშვნა	თუ არ იქნა ჰოსპიტალიზირებული მიზეზი და მიღებული ღონისძიებები	შენიშვნები