



საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის
ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა

030141493395611

KA030141493395611

№ 01-200/ო

10 / ნოემბერი / 2011 წ.

„სამედიცინო საქმიანობის სალიცენზიო პირობებისა და სტაციონარული დაწესებულების სანებართვო პირობების დაცვის შესახებ ანგარიშგების ფორმების დამტკიცების თაობაზე“

„საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 31 დეკემბრის N249 დადგენილებით დამტკიცებული დებულების მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის „ნ“ ქვეპუნქტის „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონის 21-ე მუხლის მე-3 პუნქტისა და „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის N385 დადგენილებით დამტკიცებული დებულების (დანართი 2) მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:

1. დამტკიცდეს სამედიცინო საქმიანობის სალიცენზიო პირობების დაცვის შესახებ ანგარიშგების ფორმა (დანართი N1).
2. დამტკიცდეს სტაციონარული დაწესებულების სანებართვო პირობების დაცვის შესახებ ანგარიშგების ფორმა (დანართი N2).
3. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერისთანავე.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის სამინისტრო, მინისტრი

ანდრია ურუშაძე

„სამედიცინო საქმიანობის სალიცენზიო პირობების დაცვის შესახებ ანგარიშგების
ფორმა“

ყოველწლიურად, 1 აპრილიდან 1 მაისამდე წარედგინება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მმართველობის სფეროში შემავალ სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულებას - სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს. ანგარიშგება შესაძლებელია წარმოებდეს ელექტრონული ფორმით.

ლიცენზიის დასახელება _____

სალიცენზიო მოწმობის N _____

დაწესებულების დასახელება (სამართლებრივი ფორმა) _____

დაწესებულების ფაქტობრივი მისამართი _____

იურიდიული მისამართი (ივსება იმ შემთხვევაში, თუ განსხვავდება ფაქტობრივი მისამართისაგან) _____

საკონტაქტო ტელეფონი _____

ფილიალ(ებ)ი _____

სალიცენზიო მოწმობის გაცემის საფუძველი

სააგენტოს უფროსის

20 წლის _____ N _____ ბრძანება

ანგარიშების ფორმა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საქმიანობისათვის

N	მოთხოვნა	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის, ავტოსატრანსპორტო საშუალებების დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეშო, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები)		
2.	სადისპეტჩერო სამსახური		
3.	რეფერალურ ქსელში ჩართულობის გეგმა		წარმოდგენილი უნდა იქნას დანართის სახით
4.	სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაციის, შეგროვების, შენახვის, გატანის, უტილიზაციის ან/და განადგურების კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
5.	პერსონალს უნდა ჰქონდეს შესაბამისი სერტიფიკატი/კვა- ლიფიკაცია კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების შე- საბამისად; რეფერალური ტრა- ნსპორტირებისას, კრიტიკული მდგომარეობის მართვის განხორციელების შემთხვევაში _ სპეციალიზებული ბრიგადა		ა) ინფორმაცია პერსონალის შესახებ: ა.ა) სახელი, გვარი, პირადი ნომერი (უცხო ქვეყნის მოქალაქის შემთხვევაში - პასპორტის/ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი); ა.ბ) თანამდებობის დასახელება; ა.გ) სხვა დაწესებულებაში შესაბამის თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი; ა.დ) დიპლომით მინიჭებული კვალიფიკაცია; ა.ე) სახელმწიფო სერტიფიკატი (სერტიფიკატები) - საექიმო სპეციალობის, ნომრისა და მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ვ) სპეციალიზაცია /გადამზადება (კურსის სახელწოდების მითითება). ბ) პასუხისმგებლობა საანგარიშგებო პერიოდში: ბ.ა) პასუხისმგებლობის სახე; ბ.ბ) ძალაში შესვლის თარიღი;

			ბ.გ) პასუხისმგებლობის ვადა. „ა“ ქვეპუნქტში შეიტანება ინფორმაცია მხოლოდ იმ პერსონალის თაობაზე, რომლებიც დაწესებულებაში დასაქმდნენ საანგარიშგებო პერიოდში და/ან რომელთაც ხსენებულ პერიოდში შეიცვალეს თანამდებობა; ამასთან, ქვეპუნქტი „ა.გ“ ივსება მხოლოდ ექთნებისათვის, „ა.ე“ - მხოლოდ ექიმებისთვის.
6.	ფუნქციონირებადი ავტოსატრანსპორტო საშუალებები როგორც სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ადგილზე აღმოჩენისათვის, ისე ტრანსპორტირებისათვის შემდეგი აღჭურვილობით		ა) მიეთითოს ავტოსატრანსპორტო საშუალების ტიპი, რაოდენობა და მდგომარეობა ა.ბ) ფუნქციონირებადი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ავტომანქანა ა.გ) მსუბუქი ავტომანქანა ა.დ) რეანომობილი ბ) მიეთითოს ტექნიკური აღჭურვილობის რაოდენობა და მდგომარეობა
6.1	ელექტროკარდიოგრაფი		
6.2	გლუკომეტრი		
6.3	პორტატიული მართვითი სუნთქვის აპარატი/ „ამბუს“ პარკი		
6.4	დეფიბრილატორი		
6.5	პორტატიული მქაჩი (ელექტრული ან მექანიკური)		
6.6	ჟანგბადის რეზერვუარი		
6.7	სამედიცინო ინვენტარი (სასწრაფო დახმარების ჩანთა)		
6.8	აღჭურვილობა თავის, კისრისა და კიდურების ფიქსაციისათვის		
6.9	საკაცე		
6.10	დაკვირვების ავტომატური სისტემა ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების მართვისათვის		
7.	სამედიცინო და სტატისტიკური დოკუმენტაციის კანონმდებლობით დადგენილი წესით წარმოება		

8. ***	ფუნქციონირებადი სამედიცინო აპარატურა უნდა იყოს გამოშვებული 1998 წლის შემდეგ და გააჩნდეს მოწმობა დაკალიბრების/დამოწმების შესახებ კანონმდებლობის შესაბამისად		
9. ***	საანგარიშო პერიოდში შექმნილი და ამორტიზებული სატრანსპორტო საშუალებები და ტექნიკური აღჭურვილობა		
10.	ფიზიკურ პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწიათ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება საანგარიშგებო პერიოდში		ა) სულ ბ) ადგილზე გ) განხორციელდა რეფერალი
11.	ფილიალ(ებ)ის არსებობა		ფილიალების შესახებ მიეთითება ინფორმაცია მათი რაოდენობისა და მდებარეობის შესახებ და ფილიალის მიერ დამოუკიდებლად შევსებული ანგარიშგების ფორმა დანართის სახით დაერთვის ძირითად ფორმას
12.	პრობლემები სალიცენზიო პირობების შესრულების კუთხით.		

* სვეტში მომსახურების მიმწოდებლის მიერ მიეთითება არსებული მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია

** თუ წარმოსადგენი ინფორმაცია ვერ თავსდება შესაბამის გრაფაში, მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია
აღნიშნული ინფორმაცია ანგარიშგების ფორმას დაურთოს დანართის სახით

***აღნიშნულ გრაფებში ასახული ინფორმაცია აუცილებელი წესით ივსება 2012 წლიდან

N	მოთხოვნა	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეშოები, საშხაპე, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები)		
2.	სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაციის, შეგროვების, შენახვის, გატანის, უტილიზაციის ან/და განადგურების კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
3.	დეზინფექციისა და სტერილიზაციის (მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო იარაღების, საგნებისა და მასალებისათვის) სათანადო რეჟიმითა და შესაბამისი ალრიცხვით უზრუნველყოფა კანონმდებლობით დადგენილი წესით		მიეთითოს განმახორციელებელი
4.	სამედიცინო პერსონალის სათანადო სერტიფიკატი/კვალიფიკაცია კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების შესაბამისად		ა) ინფორმაცია პერსონალის შესახებ: ა.ა) სახელი, გვარი, პირადი ნომერი (უცხო ქვეყნის მოქალაქის შემთხვევაში - პასპორტის/ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი); ა.ბ) თანამდებობის დასახელება; ა.გ) სხვა დაწესებულებაში შესაბამის თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი; ა.დ) დიპლომით მინიჭებული კვალიფიკაცია; ა.ე) სახელმწიფო სერტიფიკატი (სერტიფიკატები) - საექიმო სპეციალობის, ნომრისა და მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ვ) სუბსპეციალობის მოწმობა (მოწმობები) - საექიმო სუბსპეციალობის, ნომრისა და მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ზ) სპეციალიზაცია /გადამზადება

			(კურსის სახელწოდების მითითება). ბ) პასუხისმგებლობა საანგარიშგებო პერიოდში: ბ.ა) პასუხისმგებლობის სახე; ბ.ბ) ძალაში შესვლის თარიღი; ბ.გ) პასუხისმგებლობის ვადა. „ა“ ქვეპუნქტში შეიტანება ინფორმაცია მხოლოდ იმ პერსონალის თაობაზე, რომლებიც დაწესებულებაში დასაქმდნენ საანგარიშგებო პერიოდში და/ან რომელთაც ხსენებულ პერიოდში შეიცვალეს თანამდებობა; ამასთან, ქვეპუნქტი „ა.გ“ ივსება მხოლოდ ექთნებისათვის, „ა.ე“ და „ა.ვ“ - მხოლოდ ექიმებისთვის.
5.	შესაბამისი ლაბორატორიული სერვისის უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
6.	საქმიანობის განხორციელება ფართობზე, რომელიც იზოლირებულია სხვა ფართობისაგან და რომელსაც გააჩნია იზოლირებული შესასვლელი		
7.	უჟანგავი მეტალისაგან დამზადებული სასექციო მაგიდები და ტრანსპორტის საშუალებები (ურიკები, საკაცეები და ა. შ.)		
8.	სამაცივრო დანადგართა და სპეციალური თაროებით აღჭურვილი გვამების შესანახი სათავსი		
9.	სასექციოს სათავსების უზრუნველყოფა დამოუკიდებელი გამწოვი ვენტილაციით		
10.	გამწოვი კარადებით აღჭურვილი პათოჰისტოლოგიური და სასამართლო - ჰისტოლოგიური ლაბორატორიები		
11.	თხევადი ქიმიური ნარჩენების გაუვნებელყოფის უზრუნველყოფა		

12.	რენტგენოლოგიური მომსახურების უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
13.	ფილიალ(ებ)ის არსებობა		ფილიალების შესახებ მიეთითება ინფორმაცია მათი რაოდენობისა და მდებარეობის შესახებ და ფილიალის მიერ დამოუკიდებლად შევსებული ანგარიშგების ფორმა დანართის სახით დაერთვის ძირითად ფორმას
14. ***	ფუნქციონირებადი სამედიცინო აპარატურა უნდა იყოს გამოშვებული 1998 წლის შემდეგ და გააჩნდეს მოწმობა დაკალიბრების/დამოწმების შესახებ კანონმდებლობის შესაბამისად		
15. ***	საანგარიშო პერიოდში შეძენილი და ამორტიზებული ტექნიკური აღჭურვილობა		
16.	პრობლემები სალიცენზიო პირობების შესრულების კუთხით		

* სვეტში მომსახურების მიმწოდებლის მიერ მიეთითება არსებული მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია

** თუ წარმოსადგენი ინფორმაცია ვერ თავსდება შესაბამის გრაფაში, მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია აღნიშნული ინფორმაცია ანგარიშგების ფორმას დაურთოს დანართის სახით

***აღნიშნულ გრაფებში ასახული ინფორმაცია აუცილებელი წესით ივსება 2012 წლიდან

ანგარიშების ფორმა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის საქმიანობისთვის

N	მოთხოვნა	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეშოები, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები)		
2.	სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაციის, შეგროვების, შენახვის, გატანის, უტილიზაციის ან/და განადგურების კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
3.	სამედიცინო და სტატისტიკური დოკუმენტაციის კანონმდებლობით დადგენილი წესით წარმოება		
4.	სათანადო სერტიფიკატის/კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალი კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების შესაბამისად		ა) ინფორმაცია პერსონალის შესახებ: ა.ა) სახელი, გვარი, პირადი ნომერი (უცხო ქვეყნის მოქალაქის შემთხვევაში - პასპორტის/ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი); ა.ბ) თანამდებობის დასახელება; ა.გ) სხვა დაწესებულებაში შესაბამის თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი; ა.დ) დიპლომით მინიჭებული კვალიფიკაცია; ა.ე) სახელმწიფო სერტიფიკატი (სერტიფიკატები) - საექიმო სპეციალობის, ნომრისა და მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ვ) სუბსპეციალობის მოწმობა (მოწმობები) - საექიმო სუბსპეციალობის, ნომრისა და მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ზ) სპეციალიზაცია /გადამზადება (კურსის სახელწოდების მითითება). ბ) პასუხისმგელობა საანგარიშგებო პერიოდში: ბ.ა) პასუხისმგებლობის სახე;

			ბ.ბ) ძალაში შესვლის თარიღი; ბ.გ) პასუხისმგებლობის ვადა. „ა“ ქვეპუნქტში შეიტანება ინფორმაცია მხოლოდ იმ პერსონალის თაობაზე, რომლებიც დაწესებულებაში დასაქმდნენ საანგარიშგებო პერიოდში და/ან რომელთაც ხსენებულ პერიოდში შეიცვალეს თანამდებობა; ამასთან, ქვეპუნქტი „ა.გ“ ივსება მხოლოდ ექთნებისათვის, „ა.ე“ და „ა.ვ“ - მხოლოდ ექიმებისთვის.
5.	უსაფრთხოების დაცვის პირობები		
6.	იზოლირებული შესასვლელი		
7.	პაციენტის დროებითი დაყოვნების ოთახი იზოლირებული სანიტარიული კვანძით		
8.	ფილიალ(ებ)ის არსებობა		ფილიალების შესახებ მიეთითება ინფორმაცია მათი რაოდენობისა და მდებარეობის შესახებ და ფილიალის მიერ დამოუკიდებლად შევსებული ანგარიშგების ფორმა დანართის სახით დაერთვის ძირითად ფორმას
9.	პრობლემები პირობების კუთხით	სალიცენზიო შესრულების	

* სვეტში მომსახურების მიმწოდებლის მიერ მიეთითება არსებული მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია

** თუ წარმოსადგენი ინფორმაცია ვერ თავსდება შესაბამის გრაფაში, მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია აღნიშნული ინფორმაცია ანგარიშგების ფორმას დაურთოს დანართის სახით

ანგარიშების ფორმა პათოლოგანატომიური საქმიანობისთვის

N	მოთხოვნა	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეშო(ები), ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები)		
2.	სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაციის, შეგროვების, შენახვის, გატანის, უტილიზაციის ან/და განადგურების კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
3.	დეზინფექციისა და სტერილიზაციის (მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო იარაღების, საგნებისა და მასალებისათვის) სათანადო რეჟიმითა და შესაბამისი აღრიცხვით უზრუნველყოფა კანონმდებლობით დადგენილი წესით		მიეთითოს განმახორციელებელი
4.	სამედიცინო პერსონალის სათანადო სერტიფიკატი/კვალიფიკაცია კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების შესაბამისად		ა) ინფორმაცია პერსონალის შესახებ: ა.ა) სახელი, გვარი, პირადი ნომერი (უცხო ქვეყნის მოქალაქის შემთხვევაში - პასპორტის/ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი); ა.ბ) თანამდებობის დასახელება; ა.გ) სხვა დაწესებულებაში შესაბამის თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი; ა.დ) დიპლომით მინიჭებული კვალიფიკაცია; ა.ე) სახელმწიფო სერტიფიკატი (სერტიფიკატები) - საექიმო სპეციალობის, ნომრისა და მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ვ) სუბსპეციალობის მოწმობა (მოწმობები) - საექიმო სუბსპეციალობის, ნომრისა და

			მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ზ) სპეციალიზაცია /გადამზადება (კურსის სახელწოდების მითითება). ბ) პასუხისმგებლობა საანგარიშგებო პერიოდში: ბ.ა) პასუხისმგებლობის სახე; ბ.ბ) ძალაში შესვლის თარიღი; ბ.გ) პასუხისმგებლობის ვადა. „ა“ ქვეპუნქტში შეიტანება ინფორმაცია მხოლოდ იმ პერსონალის თაობაზე, რომლებიც დაწესებულებაში დასაქმდნენ საანგარიშგებო პერიოდში და/ან რომელთაც ხსენებულ პერიოდში შეიცვალეს თანამდებობა; ამასთან, ქვეპუნქტი „ა.გ“ ივსება მხოლოდ ექთნებისათვის, „ა.ე“ და „ა.ვ“ - მხოლოდ ექიმებისთვის.
5.	შესაბამისი ლაბორატორიული სერვისის უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
6.	საქმიანობის განხორციელება ფართობზე, რომელიც იზოლირებულია სხვა ფართობისაგან და რომელსაც გააჩნია იზოლირებული შესასვლელი		
7.	სასექციო განყოფილება დამოუკიდებელი სატრანსპორტო შესასვლელითა და გასასვლელით		
8.	უქანგავი მეტალისაგან დამზადებული სასექციო მაგიდები და ტრანსპორტის საშუალებები (ურიკები, საკაცეები და ა. შ.)		
9.	სამაცივრო დანადგართა და სპეციალური თაროებით აღჭურვილი გვამების შესანახი სათავსი		
10.	სასექციოს უზრუნველყოფა გამწოვი ვენტილაციით		
11.	ლაბორატორიული სერვისების მიმწოდებელი ინფრასტრუქტურა, უზრუნველყოფილი გამწოვი ვენტილაციით		
12.	თხევადი ქიმიური ნარჩენების გაუვნებელყოფის უზრუნველყოფა		

13. ***	ფუნქციონირებადი სამედიცინო აპარატურა უნდა იყოს გამოშვებული 1998 წლის შემდეგ და გააჩნდეს მოწმობა დაკალიბრების/დამოწმების შესახებ კანონმდებლობის შესაბამისად		
14. ***	საანგარიშო პერიოდში შემენილი და ამორტიზებული ტექნიკური აღჭურვილობა		
15.	ფილიალ(ებ)ის არსებობა		ფილიალების შესახებ მიეთითება ინფორმაცია მათი რაოდენობისა და მდებარეობის შესახებ და ფილიალის მიერ დამოუკიდებლად შევსებული ანგარიშგების ფორმა დანართის სახით დაერთვის ძირითად ფორმას
16.	პრობლემები სალიცენზიო პირობების შესრულების კუთხით.		

* სვეტში მომსახურების მიმწოდებლის მიერ მიეთითება არსებული მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია

** თუ წარმოსადგენი ინფორმაცია ვერ თავსდება შესაბამის გრაფაში, მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია აღნიშნული ინფორმაცია ანგარიშგების ფორმას დაურთოს დანართის სახით

***აღნიშნულ გრაფებში ასახული ინფორმაცია აუცილებელი წესით ივსება 2012 წლიდან

ანგარიშგების ფორმა საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიური საქმიანობისთვის

N	მოთხოვნა	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეშო(ები), ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები)		
2.	სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაციის, შეგროვების, შენახვის, გატანის, უტილიზაციის ან/და განადგურების კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
3.	დეზინფექციისა და სტერილიზაციის (მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო იარაღების, საგნებისა და მასალებისათვის) სათანადო რეჟიმითა და შესაბამისი აღრიცხვით უზრუნველყოფა კანონმდებლობით დადგენილი წესით		მიეთითოს განმახორციელებელი
4.	სისხლისა და სისხლის კომპონენტების შესანახი ოთახი შესაბამისი აღჭურვილობით (საყინულე კამერა ან დაბალტემპერატურული სპეციალური საყინულე-მაცივარი პლაზმისათვის; მაცივარი ერიტროციტარული მასისათვის და ინკუბატორი შეიკერით თრომბოციტული მასისათვის) კანონმდებლობის შესაბამისად		
5.	დაწესებულების უწყვეტი წყლითა და ელექტრომომარაგებით		

	უზრუნველყოფა		
6.	სამედიცინო და სტატისტიკური დოკუმენტაციის კანონმდებლობით დადგენილი წესით წარმოება		
7.	სამედიცინო პერსონალს უნდა გააჩნდეს სათანადო სერტიფიკატი/კვალიფიკაცია კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების შესაბამისად		ა) ინფორმაცია პერსონალის შესახებ: ა.ა) სახელი, გვარი, პირადი ნომერი (უცხო ქვეყნის მოქალაქის შემთხვევაში - პასპორტის/ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი); ა.ბ) თანამდებობის დასახელება; ა.გ) სხვა დაწესებულებაში შესაბამის თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი; ა.დ) დიპლომით მინიჭებული კვალიფიკაცია; ა.ე) სახელმწიფო სერტიფიკატი (სერტიფიკატები) - საექიმო სპეციალობის, ნომრისა და მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ვ) სუბსპეციალობის მოწმობა (მოწმობები) - საექიმო სუბსპეციალობის, ნომრისა და მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ზ) სპეციალიზაცია /გადამზადება (კურსის სახელწოდების მითითება). ბ) პასუხისმგებლობა საანგარიშგებო პერიოდში: ბ.ა) პასუხისმგებლობის სახე; ბ.ბ) ძალაში შესვლის თარიღი; ბ.გ) პასუხისმგებლობის ვადა. „ა“ ქვეპუნქტში შეიტანება ინფორმაცია მხოლოდ იმ პერსონალის თაობაზე, რომლებიც დაწესებულებაში დასაქმდნენ საანგარიშგებო პერიოდში და/ან რომელთაც ხსენებულ პერიოდში შეიცვალეს თანამდებობა; ამასთან, ქვეპუნქტი „ა.გ“ ივსება მხოლოდ ექთნებისათვის, „ა.ე“ და „ა.ვ“ - მხოლოდ ექიმებისთვის.
8.	ფილიალ(ებ)ის არსებობა		ფილიალების შესახებ მიეთითება ინფორმაცია მათი რაოდენობისა და მდებარეობის შესახებ და ფილიალის მიერ დამოუკიდებლად შეესრულებული ანგარიშგების ფორმა დანართის სახით დაერთვის ძირითად ფორმას

9. ***	საანგარიშო პერიოდში შეძენილი და ამორტიზებული ტექნიკური აღჭურვილობა		
10. ***	ფუნქციონირებადი სამედიცინო აპარატურა უნდა იყოს გამოშვებული 1998 წლის შემდეგ და გააჩნდეს მოწმობა დაკალიბრების/დამოწმების შესახებ კანონმდებლობის შესაბამისად		
11.	პრობლემები სალიცენზიო პირობების შესრულების კუთხით		

* სვეტში მომსახურების მიმწოდებლის მიერ მიეთითება არსებული მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია

** თუ წარმოსადგენი ინფორმაცია ვერ თავსდება შესაბამის გრაფაში, მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია აღნიშნული ინფორმაცია ანგარიშგების ფორმას დაურთოს დანართის სახით

***აღნიშნულ გრაფებში ასახული ინფორმაცია აუცილებელი წესით ივსება 2012 წლიდან

სტაციონარული დაწესებულების სანებართვო პირობების დაცვის შესახებ
ანგარიშგების ფორმა

ყოველწლიურად, 1 ნოემბრიდან 1 დეკემბრამდე წარედგინება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მმართველობის სფეროში შემავალ სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულებას - სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს. ანგარიშგება შესაძლებელია წარმოებდეს ელექტრონული ფორმით.

სანებართვო მოწმობის N _____

დაწესებულების დასახელება (სამართლებრივი ფორმა) _____

დაწესებულების ფაქტობრივი მისამართი _____

იურიდიული მისამართი (ივსება იმ შემთხვევაში, თუ განსხვავდება ფაქტობრივი მისამართისაგან) _____

საკონტაქტო ტელეფონი _____

ფილიალ(ებ)ი _____

სანებართვო მოწმობის გაცემის საფუძველი

სააგენტოს უფროსის

20 წლის _____ N _____ ბრძანება

სტაციონარული დაწესებულება

N	საერთო სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	ფართობი ერთ სტაციონარულ საწოლზე არანაკლებ 40 კვ.მ შიდა პერიმეტრზე გაანგარიშებით		საწოლთა ფონდი საანგარიშო წლის განმავლობაში
2.	ფართობი პალატაში ერთ პაციენტზე – არანაკლებ 8 კვ.მ, პედიატრიული პაციენტებისათვის განკუთვნილ პალატაში – არანაკლებ 6 კვ.მ		საწოლთა ფონდი: ა) ბავშვთა ბ) მოზრდილთა
3.	საწოლებს შორის დაშორება – მინიმუმ 1,2 მ		
4.	პალატა უნდა იყოს იზოლირებული, დაუშვებელია ერთმანეთში გამავალი პალატების არსებობა		მიეთითოს რაოდენობა
5.	პალატას უნდა გააჩნდეს ბუნებრივი განათების წყარო		მიეთითოს რაოდენობა
6.	დერეფნის სიგანე უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 1,8 მ პაციენტთა ეტლით გადაადგილების უზრუნველსაყოფად		
7.	არანაკლებ ერთი ბოქსირებული პალატა ინფექციური ავადმყოფების დროებითი იზოლაციისათვის		
8.	ერთმანეთისაგან გამიჯნული მოზრდილთა და ბავშვთა პალატები/განყოფილება		
9.	ფუნქციონირებადი ლიფტი (მ.შ., მწოლიარე ავადმყოფებისათვის) – პალატების, პაციენტთა გამოკვლევისა და სამკურნალო განყოფილებების ორზე მეტ სართულზე განლაგების შემთხვევაში; პირობები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უსაფრთხო გადაადგილებისათვის		
10.	იზოლირებული სათავსი გვამის დროებითი განთავსებისათვის		
11.	ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პერსონალისა და პაციენტის პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეშოები – თითოეულ სართულზე – არანაკლებ ორი სანიტარიული კვანძი, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები)		

12. ***	სავენტილაციო სისტემის არსებობა, რომელიც უზრუნველყოფს საოპერაციო ბლოკში, სარეანიმაციო განყოფილებაში, ბოქსირებულ პალატაში, ფთიზიატრიულ და ინფექციურ განყოფილებაში წნევათა სხვაობის ისეთ რეჟიმს, რომ არ მოხდეს ჰაერის გადადინება ნაკლებად სუფთა სათავსებიდან		მიეთითოს რომელში: ა) საოპერაციო ბლოკი ბ) სარეანიმაციო განყოფილება გ) ბოქსირებულ პალატა დ) ფთიზიატრიული განყოფილება ე) ინფექციური განყოფილება
13.	დეზინფექციისა და სტერილიზაციის (მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო იარაღების, საგნებისა და მასალებისათვის) სათანადო რეჟიმითა და აღრიცხვით უზრუნველყოფა კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად		მიეთითოს განმახორციელებელი
14.	სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაციის, შეგროვების, შენახვის, გატანის, უტილიზაციის ან/და განადგურების კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
15.	ნოზოკომიური ინფექციების აღრიცხვის, მართვის, ზედამხედველობისა და კონტროლის უზრუნველყოფა კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების შესაბამისად		
16. ***	სათავსთა განლაგება, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტისა და პერსონალის მოძრაობის ნაკადურობას, რათა არ მოხდეს „სუფთა“ და „ჭუჭყიანი“ ზონების გადაკვეთა		
17. ***	აღჭურვილობა განათებისა და სტაბილური ტემპერატურული რეჟიმის უზრუნველსაყოფად		
18. ***	უწყვეტი ელექტრომომარაგება; ელექტროენერგიის ავტონომიური წყარო გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისათვის (რეანიმაცია, საოპერაციო და სამეანო ბლოკები, ლიფტი, მიმღები)		
19. ***	უწყვეტი წყალმომარაგება		
20.	ლაბორატორიული ტესტების/კვლევების ჩატარების უზრუნველყოფა 24-საათიან რეჟიმში: სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფოზირობის, რეზუს-ფაქტორისა და შედედების დროის, შაქრის რაოდენობის განსაზღვრა სისხლში, აგრეთვე, პროფილის გათვალისწინებით, – სტანდარტული ტესტები		მიეთითოს განმახორციელებელი

21.	კლინიკური ტრანსფუზიოლოგიის სერვისის უზრუნველყოფა		
22.	სამედიცინო და სტატისტიკური დოკუმენტაციის კანონმდებლობით დადგენილი წესით წარმოება		გამოყენებულ იქნა თუ არა ადმინისტრაციული საჩქცია სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დარღვევისათვის
23. ****	რენტგენოსკოპიული და რენტგენოგრაფიული სერვისის უზრუნველყოფა		
24. ****	კარდიოგრაფი		
25. ****	ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკის სერვისის უზრუნველყოფა		
26.	სამედიცინო პერსონალი, რომელთა სერტიფიკატი/კვალიფიკაცია აკმაყოფილებს კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს		ა) ინფორმაცია პერსონალის შესახებ: ა.ა) სახელი, გვარი, პირადი ნომერი (უცხო ქვეყნის მოქალაქის შემთხვევაში - პასპორტის/პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი); ა.ბ) თანამდებობის დასახელება; ა.გ) სხვა დაწესებულებაში შესაბამის თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი; ა.დ) დიპლომით მინიჭებული კვალიფიკაცია; ა.ე) სახელმწიფო სერტიფიკატი (სერტიფიკატები) - საექიმო სპეციალობის, ნომრისა და მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ვ) სუბსპეციალობის მოწმობა (მოწმობები) - საექიმო სუბსპეციალობის, ნომრისა და მინიჭების თარიღის მითითებით; ა.ზ) სპეციალიზაცია /გადამზადება (კურსის სახელწოდების მითითება).

			ბ) პასუხისმგებლობა საანგარიშგებო პერიოდში: ბ.ა) პასუხისმგებლობის სახე; ბ.ბ) ძალაში შესვლის თარიღი; ბ.გ) პასუხისმგებლობის ვადა. „ა“ ქვეპუნქტში შეიტანება ინფორმაცია მხოლოდ იმ პერსონალის თაობაზე, რომლებიც დაწესებულებაში დასაქმდნენ საანგარიშგებო პერიოდში და/ან რომელთაც ხსენებულ პერიოდში შეიცვალეს თანამდებობა; ამასთან, ქვეპუნქტი „ა.გ“ ივსება მხოლოდ ექთნებისათვის, „ა.ე“ და „ა.ვ“ - მხოლოდ ექიმებისთვის
27.	საწოლი ინტენსიური თერაპიისათვის		
28.	საევაკუაციო გასასვლელი		
29.	რეფერალურ ქსელში ჩართულობის გეგმა		წარმოდგენილი უნდა იქნას დანართის სახით
30. ***	ფუნქციონირებადი სამედიცინო აპარატურა უნდა იყოს გამოშვებული 1998 წლის შემდეგ და გააჩნდეს მოწმობა დაკალიბრების/დამოწმების შესახებ კანონმდებლობის შესაბამისად		
31. ***	საანგარიშო პერიოდში შეძენილი და ამორტიზებული ტექნიკური აღჭურვილობა		
32.	ყველა სამედიცინო საქმიანობა, რომელსაც წლის განმავლობაში ეწეოდა დაწესებულება		ა) მოზრდილთა სტაციონარული მომსახურების პირობებში ბ) ბავშვთა სტაციონარული მომსახურების პირობებში გ) მოზრდილთა ამბულატორიული მომსახურების პირობებში დ) ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების პირობებში ე) გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება ვ) სხვა (მიუთითეთ რომელ საქმიანობას ეწევა)
33.	საანგარიშო პერიოდში პაციენტთა მომართვიანობა ყველა სამედიცინო საქმიანობის გათვალისწინებით, რომელსაც ეწეოდა დაწესებულება		ა) მოზრდილთა სტაციონარული მომსახურების პირობებში ბ) ბავშვთა სტაციონარული

			მომსახურების პირობებში გ) მოზრდილთა ამბულატორიული მომსახურების პირობებში დ) ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების პირობებში ე) გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევის მიზნით ვ) რამდენი იქნა მოყვანილი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მიერ ზ) სხვა (მიუთითეთ რომელ საქმიანობას ეწევა)
34.	ფილიალ(ებ)ის არსებობა		ფილიალების შესახებ მიუთითება ინფორმაცია მათი რაოდენობისა და მდებარეობის შესახებ და ფილიალის მიერ დამოუკიდებლად შეესებული ანგარიშგების ფორმა დანართის სახით დაერთვის ძირითად ფორმას
35.	მონაწილეობს თუ არა დაწესებულება სამედიცინო პროგრამებში (სახელმწიფო, მუნიციპალური, საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული და აშ.), თუ მონაწილეობს რომელში)?		
36.	არის თუ არა დაწესებულება სადაზღვევო კომპანიის „პროვაიდერი“ (დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ რომლის)		
37.	პაციენტთა საჩივრების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდში, მ.შ. რამდენის მოგვარება გახდა შესაძლებელი ორგანიზაციის შიდა რესურსით		
38.	აქვს თუ არა დაწესებულებას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა სისტემა?		
39.	დაწესებულებაში ექიმი სპეციალისტების მიერ, ხორციელდება თუ არა მკურნალობა ქვეყანაში დანერგილი და აღიარებული პროტოკოლებისა და გაიდლაინების გათვალისწინებით (უარის შემთხვევაში, გთხოვთ მიუთითოთ მიზეზი)		
40.	ლეტალობის შემთხვევაში,		

	გარდაცვლილთა რა პროცენტულ მაჩვენებელს ჩაუტარდა პათოლოგანატომიური გამოკვლევა/სასამართლო–სამედიცინო ექსპერტიზა		
41.	პრობლემები სანებართვო პირობების შესრულების კუთხით		
I	ინტერვენციული კარდიოლოგიის შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N _____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
	ანგიოკარდიოგრაფიული (კათეტერიზაციის) ლაბორატორია		
II	დიალიზის შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N _____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	ხელოვნური თირკმლის აპარატი		
2.	სისტემა წყლის გაწმენდისა და კონცენტრაციის მომზადებისათვის		
3.	შესაბამისი სავარძელი		
III	ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N _____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
	ერთადგილიანი ბოქსირებული პალატა რაბიტა და სანიტარიული კვანძით განსაკუთრებით საშიში ინფექციებისათვის		
	ფთიზიატრიული მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N _____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	პალატები, სადიაგნოსტიკო და საკონსულტაციო კაბინეტები, აღჭურვილი ვენტილაციით (რომელიც უზრუნველყოფს უარყოფით წნევას)		
2.	მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისათვის ცალკე გამოყოფილი ფართობი იზოლირებული		

	პალატებით, რომლებიც უზრუნველყოფილ იქნება კონტროლირებადი უარყოფითი წნევით და ჰაერის შემდგომი გაუვნებელყოფის საშუალებებით		
IV	ნეონატოლოგიური მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	15-ზე ნაკლები შესაბამისი საწოლის შემთხვევაში – მინიმუმ 1 ინკუბატორი, 15 და მეტი საწოლის შემთხვევაში – მინიმუმ 2 ინკუბატორი ყოველ 15 შესაბამის საწოლზე		მიეთითოს რაოდენობა
2.	ნეიროსონოსკოპი		
3.	რენიმაციული სერვისის უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი და დროის შუალედი, რომელიც საჭიროა სერვისზე ხელმისაწვდომობისათვის
V	ონკოლოგიური მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	სხივური და ქიმიოთერაპიული სერვისების უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
2.	პათომორფოლოგიური სერვისის უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
VI	ფსიქიატრიული მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	ფსიქონევროლოგიური განყოფილება უნდა იყოს იზოლირებული სხვა სომატური განყოფილებებისაგან (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)		
2.	კაბინეტები და სათავსები ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციისათვის		
3.	უსაფრთხოების დაცვის პირობები		
VII	ქირურგიული პროფილის მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის	შენიშვნა**

		შესახებ*	
1.	საოპერაციო ბლოკი, უზრუნველყოფილი სამედიცინო დანიშნულების აირების მიწოდების უსაფრთხო ქსელით და დაგეგმილი განათებით		
2.	სპეციალური გამაუვნებელმყოფელი მოწყობილობის არსებობა, რომელიც ახორციელებს საოპერაციო დარბაზში მიწოდებული ჰაერის დამუშავებას, რითაც უზრუნველყოფილია ჰაერში არსებული მიკროორგანიზმებისა და ვირუსების 95 %-ის ინაქტივაცია		
3.	პოსტოპერაციული პალატა		შერეული (ბავშვთა და მოზრდილთა) სერვისების შემთხვევაში – ბავშვებისათვის ცალკე პალატა
4.	მოწყობილობა ანესთეზიისათვის		
5.	რეანიმაციული სერვისის უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი და დროის შუალედი, რომელიც საჭიროა სერვისზე ხელმისაწვდომობისათვის
6.	პათომორფოლოგიური სერვისის უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი
VII ¹	ნეიროქირურგიული მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
	მაღალტექნოლოგიური კვლევის უზრუნველყოფა, მომსახურების სპეციფიკის გათვალისწინებით (კომპიუტერული ტომოგრაფი ან/და ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსი (MRI) და სხვ.)		მიეთითოს განმახორციელებელი და დროის შუალედი, რომელიც საჭიროა სერვისზე ხელმისაწვდომობისათვის
VII ²	ორგანოებისა და ქსოვილების აღების, შენახვის, გადანერგვის შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	მაცივარი ორგანოებისა და ქსოვილების შესანახად		
2.	თირკმლის გადანერგვის შემთხვევაში – დიალიზის სერვისის უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი და დროის შუალედი,

			რომელიც სერვისზე ხელმისაწვდომობისათვის
VIII	სამეანო-გინეკოლოგიური პროფილის მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	საოპერაციო ბლოკი დაგეგმილი განათებით		
2.	სპეციალური გამაუვნებელმყოფელი მოწყობილობის არსებობა, რომელიც ახორციელებს საოპერაციო დარბაზში მიწოდებული ჰაერის დამუშავებას, რითაც უზრუნველყოფილია ჰაერში არსებული მიკროორგანიზმებისა და ვირუსების 95 %-ის ინაქტივაცია		
3.	პოსტოპერაციული პალატა		
4.	მოწყობილობა ანესთეზიისათვის		
5.	რეანიმაციული სერვისის უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი და დროის შუალედი, რომელიც საჭიროა სერვისზე ხელმისაწვდომობისათვის
VIII ¹	სამეანო მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	სხვა სერვისების მიმწოდებელი განყოფილებებისაგან დამოუკიდებელი მიმღების არსებობა		
2.	სამშობიარო ბლოკ-პალატა		
3.	ნეონატოლოგიური სერვისი		
4.	ხორციელდება თუ არა დაწესებულებაში ორსულთა პატრონაჟი (დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ საანგარიშო პერიოდში რამდენი ორსული იყო აღრიცხვაზე და მ.შ. რამდენმა მომართა დაწესებულებას დაგვიანებით)		
5.	მშობიარობის რაოდენობა		ა) ფიზიოლოგიური ბ) პათოლოგიური გ) საკეისრო კვეთა
IX	რეანიმაციული მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული	შენიშვნა**

		მდგომარეობის შესახებ*	
1.	სარეანიმაციო დარბაზი დაკვირვების ავტომატური სისტემით, ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების (პულსისა და სუნთქვის სიხშირე, რითმი, არტერიული წნევა) უწყვეტი მონიტორინგისათვის		შერეული (ბავშვთა და მოზრდილთა) სერვისების შემთხვევაში - ბავშვებისათვის ცალკე სარეანიმაციო დარბაზის არსებობა
2.	რეანიმაციის განყოფილების უზრუნველყოფა სამედიცინო დანიშნულების აირების მიწოდების უსაფრთხო ქსელით		
3.	ინფექციური პაციენტებისათვის – იზოლირებული რეანიმაციული საწოლი		
4.	მოწყობილობები რეანიმაციისათვის: სარეანიმაციო საწოლი, ხელოვნური სუნთქვის აპარატი, ჟანგბადის წყარო, ლარინგოსკოპი და ენდოტრაქეალური მილები, დეფიბრილატორი		
X	გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (EMERGENCY) საქმიანობის შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა**
1.	საოპერაციო მცირე ოპერაციებისა და ინვაზიური ჩარევებისათვის		
2.	დაკვირვების ავტომატური სისტემა ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების (პულსისა და სუნთქვის სიხშირე, რითმი, არტერიული წნევა) უწყვეტი მონიტორინგისათვის		
3.	შემდეგი მოწყობილობები რეანიმაციისათვის: სარეანიმაციო საწოლი, ხელოვნური სუნთქვის აპარატი, ჟანგბადის წყარო, ლარინგოსკოპი და ენდოტრაქეალური მილები ყველა ასაკისათვის, დეფიბრილატორი		
4.	პაციენტთა დროებითი დაყოვნების პალატა/დარბაზი (ერთ პაციენტზე არანაკლებ 6 კვ.მ ფართობით)		
5.	პრეჰოსპიტალური სერვისის უზრუნველყოფა		მიეთითოს განმახორციელებელი

XI	რადიოლოგიური, მათ შორის, რენტგენოლოგიური, მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული	შენიშვნა**

		მდგომარეობის შესახებ*	
	რენტგენის კაბინეტის საპროცედუროები, სხივური თერაპიისა და რადიოიზოტოპური დიაგნოსტიკის ლაბორატორიები, სადაც განთავსებულია მაიონებელი გამოსხივების წყაროები, არ შეიძლება იყოს ორსულთა და ბავშვთა პალატების მიმდებარედ		
XII	ოფთალმოლოგიური მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა
1.	საოპერაციო		
2.	მოწყობილობა ანესთეზიისათვის		
XIII	ოტორინოლარინგოლოგიური მომსახურების შემთხვევაში სანებართვო მოწმობის დანართის N_____		
N	სანებართვო პირობები	ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ*	შენიშვნა
1.	საოპერაციო		
2.	მოწყობილობა ანესთეზიისათვის		

*სვეტში მომსახურების მიმწოდებლის მიერ მიეთითება არსებული მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია

**თუ წარმოსადგენი ინფორმაცია ვერ თავსდება შესაბამის გრაფაში, მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია აღნიშნული ინფორმაცია ანგარიშგების ფორმას დაურთოს დანართის სახით

***აღნიშნულ გრაფებში ასახული ინფორმაცია აუცილებელი წესით ივსება 2012 წლიდან

**** ივსება მხოლოდ კანონმდებლობით განსაზღვრული საქმიანობების შემთხვევაში