

სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა NIV-300/ა

თსსუ გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიის აკადემიური კლინიკა

სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი N _____

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 N _____ სხვა განყოფილებაში გადაყვანა _____

ტრანსპორტირების სახეობა: საკაცით, სავარძლით შეუძლია სიარული
მოყვანილია (ვის მიერ) _____

ვინ გამოგზავნა პაციენტი _____

სტაციონარში მოყვანილია სასწრაფო ჩვენების გამო: დიახ არა
_____ საათის შემდეგ _____ დაავადების დაწყებიდან _____ ტრავმის მიღებიდან

ჰოსპიტალიზებულია გეგმიურად: დიახ არა

გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზი _____

დიაგნოზი შემოსვლისას (წინასწარი) _____

კლინიკური დიაგნოზი _____

_____ დადგენის თარიღი _____

დასკვნითი კლინიკური დიაგნოზი (გამოწერისას):

ძირითადი დაავადება _____

ძირითადის 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 N _____ 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 _____

მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის ჩანაწერი

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ზარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა
	<p>ექიმის სახელი, გვარი</p> <p>_____ ხელმოწერა _____</p>

Anamnesis morbi

Anamnesis aegroti

ორსულობა _____
მშობიარობა _____
დაიბადა _____ სს. მასით _____ სიგრძით _____
ჩ ირება _____ სხვა პროფ. აცრები _____
ბუნებრივ კვებაზე იყო _____
თავი დაიჭირა _____ დაჯდა _____
კბილი ამოეჭრა _____ სიარული დაიწყო _____
ბავშვთა ინფექციები _____
სხვა დაავადებები _____

დედა _____
მამა _____
სხვა შვილები _____
გენიალოგია _____

Status praesens

ტ----- ჰაბიტუსი- _____

კანი _____
სილუელი ღორწოვანი გარსები _____
კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი _____
კუნთოვანი სისტემა _____

ძვალ-სახსროვანი სისტემა _____

ლიმფური ჯირკვლები ისინჯება სათანადო ფოსოებში _____

ნერვული სისტემა: გონება _____
მეტყველება _____

ძილი _____

სმენა და მხედველობა _____

პათოლოგიური რეფლექსები _____

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: _____

გულის შედარებითი მოერუების საზღვრები _____

_____ გულის ტონები _____

სუნთქვის ორგანოთა სისტემა: R _____

ფილტვებში: _____

აუსკულტაციით: _____

საჭმლის მომნელებელი სისტემა, ენა _____

_____ ტონზილები _____ მუცელი _____ ღვიძლი _____ ელენთა _____ ნაწლავთა

მოქმედება _____ შარდსასქესო ორგანოთა სისტემა: დახედვით _____ თირკმელები ბიმანუალური

პალპაციით _____ პასტერნაცკის სიმპტომი _____ დიურეზი

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

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

პაციენტის მდგომარეობის ამსახველი ძირითადი მაჩვენებლების რუქა

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

	დრო												
სიმპტომები	მდგომარეო ბა დ. სს. მ.												
რენიმაციული ღონისძიებები													
მკურნალობა													
შარდი	დიურეზი												
	ცილა												
	შაქარი												
	აცეტონი												
	P3												
სისხლი	ჰემოგლობი ნი												
	ედსი მმ/სთ												
	ლეიკოციტი												
	Ph												
	O2												
	შაქარი												
ფერმენტები													
მორიგე ექთნის ხელმოწერა													

დ - დამაკმაყოფილებელი
 სს - საშუალო სიმძიმის
 მ - მძიმე

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 „_____“ _____ 201__ წ.

“.....” 200 წ.
№

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა № IV-100/ა
ც ნ ო ბ ა
ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება ან ექიმ-სპეციალისტის გვარი , სახელი , სახელმწიფო სერტიფიკატით მინიჭებული სპეციალობა ,სახელმწიფო სერტიფიკატის ნომერი ან/და საკონტაქტო ინფორმაცია: _____

2. დაწესებულების დასახელება , მისამართი სადაც იგზავნება ცნობა _____

3. პაციენტის სახელი და გვარი _____

4. დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი) _____

5. პირადი ნომერი _____
(ივსება 16 წელს მიღწეული პირის შემთხვევაში)
6. მისამართი _____

7. სამუშაო ადგილი და თანამდებობა , (მოსწავლის/სტუდენტის შემთხვევაში – იმ სასწავლო დაწესებულების/სკოლის დასახელება და კლასი/კურსი ,სადაც იგი სწავლობს) _____

8. თარიღები: ა) ექიმთან მიმართვის _____
ბ) სტაციონარში გაგზავნის _____
გ) სტაციონარში მოთავსების _____
დ) გაწერის _____
9. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი(ძირითადი დაავადება, თანმხლები დაავადებები , გართულებები) _____

10. გადატანილი დაავადებები

11. მოკლე ანამნეზი

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები

13. ავადმყოფობის მიმდინარეობა

14. ჩატარებული მკურნალობა

15. მდგომარეობა სტაციონარში გაგზავნისას

16. მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას

17. სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები

18. მკურნალი ექიმი (ექიმი სპეციალისტი)

19. დაწესებულების ხელმძღვანელის/ ხელმძღვანელის მოადგილის/მკურნალი ექიმის
(ექიმი სპეციალისტის)
ხელმოწერა _____

20. ცნობის გაცემის თარიღი "-----" "-----" "

ბეჭდის ადგილი

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

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 _____ ხელმოწერა _____

(სახელი, გვარი)

„_____“ _____ 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)

პათოლოგანატომიური (ჰისტოლოგიური) დასკვნა
ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი:

ძირითადი _____

ძირითადის გართულება

თანმხლები

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____
თარიღი _____