დამტკიცებულია
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის
19 მარტის N 108/ნ ბრძანებით

ICD- 10

სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა IV-300/ა

ამბულატორიული ბარათი N _____

სისხლის ჯგუფი _____ Rh _____
ალერგია: _____
პრეპარატის დასახელება

სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი № _____

განყოფილება

გვარი, სახელი, მამის სახელი _____

სქესი: ☐ მამრობითი ☐ მდედრობითი დაბადების თარიღი /ასაკი _____

ოჯახური მდგომარეობა_____ მოქალაქეობა _____

პირადი ნომერი _____

მისამართი:_____ ტელეფონი _____

სამუშაო ადგილი, პროფესია, თანამდებობა _____

სადაზღვევო კომპანია_____ პოლისის ნომერი _____

ჰოსპიტალიზაციის თარიღი და დრო _____

გაწერის თარიღი და დრო _____ საწოლ/დღე _____

მ.შ. რეანიმაციის საწოლ/დღე _____

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 _____

_____

_____

_____

cTNM _____ დადგენის თარიღი _____

მკურნალობის კოდი _____

დასკვნითი კლინიკური დიაგნოზი (გამოწერისას):

ძირითადი დაავადება _____

_____

_____

_____

_____

სტადია _____ pTNM _____ R(ნარჩენი სიმსივნე) _____ კლინიკური ჯგუფი _____

დაავადების ჰისტოლოგიური ტიპი _____

_____

_____ G _____ კოდი M _____

ძირითადი დაავადების გართულება (გართულებები) _____

_____

თანმხლები დაავადება (დაავადებები) _____

_____

ჰოსპიტალიზირებულია მიმდინარე წელს ამ დაავადების გამო: ☐ პირველად ☐განმეორებით.

<u>დ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა :</u>

ჩატარებული სეროლოგიური რეაქციები:
B - ჰეპატიტი _____ C - ჰეპატიტი _____ RW _____ AIDS _____

დიაგნოზი დადასტურებულია: 1. ჰისტოლოგიურად, 2. ციტოლოგიურად, 3. სადიგნოსტიკო ოპერაციით 4. ლაბორატორიულ-კლინიკურად

სიმსივნის ხასიათი: 1. კეთილთვისებიანი, 2. დისპლაზია, 3. გარდამავალი, 4. CIS, 5. ავთვისებიანი.

შორეული მეტასტაზები: 1. შორეულ ლიმფურ კვანძში, 2. ძვლებში, 3. ღვიძლში, 4. ფილტვებში 5. პლევრაში, 6. თავის ტვინში, 7. კანში, 8. თირკმელში, 9. საკვერცხეებში, 10. პერიტონეუმში, 11. ძვლის ტვინში, 12. სხვა ორგანოებში, 13. მრავლობითი, 0. არ არის

პირველადად მრავლობითი სიმსივნე: ☐ არ არის ☐ სინქრონული ☐ მეტაქრონული

წინამორბედი მკურნალობა(ები):

№		დაწესებულება, სადაც ჩატარდა მკურნალობა	როდის ჩატარდა მკურნალობა
	ქირურგიული		
	მედიკამენტური		
	რადიოთერაპიული		

ოპერაციული მკურნალობა, გაუტკივარების მეთოდები და შემდგომი გართულებები:

1. რადიკალური, 2. პალიატიური, 3. სიმპტომური, 4. საცდელ-სადიაგნოსტიკო, 5. პლასტიკური და აღდგენით-რეკონსტრუქციული.

№	ოპერაციის დასახელება	თარიღი, სთ	გაუტკ. მეთოდი	გართულებები

გაცემული საავადმყოფო ფურცლის N_____ თარიღი : _____ -დან _____-მდე

დაავადების გამოსავალი: ☐ გამოჯანმრთელება, ☐ გაუმჯობესება, ☐ უცვლელი, ☐ გაუარესება,

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

მკურნალი ექიმი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა_____

სამსახურის უფროსი (განყოფილების გამგე) _____ ხელმოწერა_____

მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის ჩანაწერი

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

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

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

წინასაოპერაციო ეპიკრიზი

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-15/ა დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ *ბრძანებით*

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 მსვლელობისას მოსალოდნელი ტექნიკური სირთულეები

მოსალოდნელი პოსტოპერაციული გართულებები

პოსტოპერაციული გართულებების პრევენცია

მკურნალი ექიმის _____ ხელმოწერა _____

(სახელი ,გვარი) თარიღი _____

განყოფილების გამგის _____ ხელმოწერა _____

(სახელი, გვარი) თარიღი _____

პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი

პ ა ც ი ე ნ ტ ი ს ს ა ყ უ რ ა დ ღ ე ბ ო დ

თქვენს 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 (ჰაერის 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 წყლულოვა-ნი დაავადება	დიახ	არა
17. გქონიათ თუ არა შავი ფერის განავალი	დიახ	არა
19. გაქვთ თუ არა ბოყინი, გულმმარვა, სლოკინი	დიახ	არა
20. გაქვთ თუ არა თირკმლის დაავადება	დიახ	არა
21. გაქვთ თუ არა ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება	დიახ	არა
22. გაქვთ თუ არა ტკივილი წელის არეში	დიახ	არა
23. გაქვთ თუ არა შარდვის გაძნელება	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 თქვენს მიერ გადატანილი დაავადებები		
38. ინფიცირებული ხართ თუ არა აივ-ინფექციით		
39. გაქვთ თუ არა გადატანილი ჰეპატიტი (A, B ,ß), ტუბერკულოზი	დიახ	არა
40. მიღებული გაქვთ თუ არა თავის ქალას 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 წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა
სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-12/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ *ბრძანებით*

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)

,,_____"_____201 წ.

პაციენტი თანახმაა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რასაც ადასტურებს

საკუთარი ხელის მოწერით : _____

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელის (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

ხელმოწერა _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

პაციენტი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რასაც ადასტურებს

საკუთარი ხელის მოწერით : _____

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელის (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

ხელმოწერა _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერის ფურცელი

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-6/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ ბრძანებით

პაციენტის სახელი, გვარი _____ **ბარათის №** _____

განყოფილება _____ **პალატის №** _____

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: _____

შარდ-გამომყოფი სისტემა: _____

საჭმლის მომნელებელი სისტემა: _____

საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი: _____

წარსულში ჩატარებული ანესთეზიები: _____

ოჯახური ანამნეზი: _____

საკვების/სითხის ბოლო მიღების დრო: _____

სხვა: _____

ფიზიკალური გამოკვლევა: T/AmmHg PSცკ/წთ R'წთ t˚C:
გული:

ფილტვები:

ნევროლოგიური სტატუსი:

გაუტკივარების რისკი **ASA:** **შენიშვნა:**

ექიმ ანესთეზიოლოგის სახელი გვარი_____ **ხელმოწერა** _____

პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელი

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-5/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ *ბრძანებით*

პაციენტის სახელი, გვარი _____ **ბარათის №** _____

განყოფილება _____ **პალატის №** _____

	პაციენტის მომზადება	**თარიღი**	**დრო**	**პრემედიკაცია**		
				მედიკამენტი	**თარიღი**	**დრო**
1.	**დიეტა**					
2.	**ქვ. კიდურებზე ელასტიური ბანდის დახვევა**					
3.	**მედიკამენტი**					

მორიგე ექთანი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____

ზოგადი ანესთეზიის სქემა

ანესთეზიოლოგის _____ ხელმოწერა _____
სახელი, გვარი

თარიღი _____

პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-8/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ ბრძანებით

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, ოპერაციისშემდგომი და რეაბილიტაციური პერიოდის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა და თავისებურებები.

შენიშვნა:

ა) თუ, *პაციენტი* საღ გონებაზეა, ადექვატურია, თანხმობას უშუალოდ თვითონ აწერს ხელს;

ბ) თუ, *პაციენტი* უკონტაქტოა ან არაადექვატურია, თანხმობას ხელს აწერს პაციენტის ნათესავი, პაციენტის კანონიერი წარმომადგინელი ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი;

პაციენტის გვარი, სახელი _____ **სქესი:** _____ **ასაკი:** _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ **პალატის №** _____

მისამართი _____

_____ **ტელეფონის N:** _____

პირადობის დამადასტურებელი საბუთი: პირადი № _____

ოპერაციისწინა 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-სისხლძარღვთაAსისტემა, ძილი, ფსიქო-ემოციური სტატუსი და სხვა), პოსტოპერაციული პერიოდის მართ-ვას.

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 ოპერაციე-ბის 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 ხანგრძლივო-ბის 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 ტვინის და მისგან გამომავალი ნერვების დაზიანება თითქმის გამორიცხულია.

გაუტკივარების შესაძლო გართულებები

მიუხედავად სრულფასოვნად ჩატარებული გაუტკივარებისა, არსებობს მოსალოდნელი გართულე-ბების 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 ოპერაციისშემდ-გომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედე-გად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები
- ინსულტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციისშემდგომ პერიოდში. განსაკუთ-რებით 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 გაუვალობის) დროს
- ავთვისებიანი ჰიპერთერმია, რომელის დიაგნოსცირება 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 დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოვლინდა 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 ნავარაუდევი გაუტკივარების დაწ-ყებამდე

ოპერაციის ჩასატარებლად არჩეული გაუტკივარების მეთოდი

☐ ზოგადი ბალანსირებული გაუტკივარება ☐ ინჰალაციური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით

☐ სპინალური გაუტკივარება ☐ ტოტალური ინტრავენური გაუტკივარება

☐ 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: *N*_____ *პირადი N* _____

ვადასტურებ, რომ:

1. ანესთეზიოლოგმა მომაწოდა სრული ინფორმაცია მოსალოდნელი გაუტკივარების და ოპერაციისწინა მომზადების შესახებ. საკვების მიღება უნდა შეწყდეს _____ სთ-ზე. მე მზად ვარ შევასრულო აღ-ნიშნული მითითება
2. მივაწოდე ინფორმაცია ექიმს, ჩემთვის ცნობილი ყველა გადატანილი დაავადების და მედიკამენტე-ბის 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 საშუ-ალება
5. საკუთარი ნებით, ყოველგვარი ზეწოლის გარეშე, ანესთეზიოლოგს უფლებას ვაძლევ ჩამიტაროს შესაბამისი გაუტკივარება
6. თანახმა ვარ ჩამიტარდეს ქირურგიული ჩარევა მითითებულ პირობებში და ანესთეზიოლოგმა სა-ჭიროებისამებრ გამოიყენოს დამატებითი მეთოდები, მათ შორის განახორციელოს ჰემოტრანსფუ-ზია, რომლის შესაძლო გართულებებსაც ვაცნობიერებ
7. უფლებას ვაძლევ ანესთეზიოლოგს საკუთარი შეხედულებისამებრ ჩართოს გაუტკივარებაში ექთა-ნი, სანიტარი და სხვა საჭირო პერსონალი
8. ვიტოვებ უფლებას, ანესთეზიის დაწყებამდე ნებისმიერ დროს, გავაუქმო აღნიშნული ხელშეკრუ-ლება
9. გავეცანი 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 წარმომადგინელი
ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირის ხელმოწერა

_____

თარიღი: _____ დრო: _____

პაციენტის თანხმობა
სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-10/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ ბრძანებით

მე ----------
(სახელი, გვარი)
მივიღე ინფორმაცია სისხლის და მისი კომპონენტების გადასხმის შესახებ.
მკურნალმა ექიმი გამაცნო გადასხმის მიზანი, მისი აუცილებლობა, ხასიათი და პროცედურის თავისებურებანი, გადასხმის Fშემდეგ შესაძლო რეაქციები და გართულებები, რომლის განვითარების შემთხვევაში თანახმა ვარ ყველა საჭირო სამედიცინო ჩარევაზე. ასევე ჩემთვის ცნობილია დაავადების მიმდინარეობა სისხლის 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 ექიმი _____
(სახელი, გვარი)

ხელმოწერა _____

,,-----“---------- 201 წელი

პაციენტი თანახმაა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რაზედაც პირადად აწერს ხელს:

_____

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელის (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

ხელმოწერა _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

პაციენტი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რასაც ადასტურებს

საკუთარი ხელის მოწერით : _____

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელის (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

ხელმოწერა _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ოპერაციის პროტოკოლი № _____

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-16/ა დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108 *ბრძანებით*

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის № _____ **განყოფილება** _____ **პალატის №** _____

ოპერაციის დასახელება:

დაგეგმილი _____

_____

ჩატარებული _____

_____

გაუტკივარების სახეობა _____

ოპერაციის დაწყების თარიღი, დრო _____ **დასრულების თარიღი, დრო** _____

დიაგნოზი ოპერაციამდე _____

_____

_____

_____

დიაგნოზი ოპერაციის შემდეგ _____

_____

_____

_____

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 მსვლელობისას თანმიმდევრობითი აღწერა _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ჩატარებულია თუ არა ჭრილობის ჰემოსტაზი, ჭრილობაში (ღრუში) 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 _____

საოპერაციო ბრიგადა: თარიღი _____

ოპერატორი		ანესთეზიოლოგი	
I ასისტენტი		ექთანი-ანესთეზისტი	
II ასისტენტი		საოპერაციო და	

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

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

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-14/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ ბრძანებით

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

პაციენტის მდგომარეობის დინამიკა:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

პაციენტის შემდგომი მართვის ტაქტიკა და პროგნოზი:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა_____

თარიღი _____

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

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

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	_____ _____ _____ _

ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი:

ძირითადი _____

_____

_____

ძირითადის გართულება _____

_____

_____

_____

თანმხლები _____

_____

_____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა_____

თარიღი _____

ჩანართი ფურცელი

- პირადობის მოწმობის/ბავშვებისთვის - დაბადების მოწმობის ასლი
- სახელმწიფო ვაუჩერი/სადაზღვევო დოკუმენტაცია
- მაღალმთიან ან კონფლიქტურ რეგიონში მცხოვრებთათვის – დამადასტურებელი საბუთი
- ხელშეკრულება
- ქვითრები
- კალკულაცია

ჩაკრულია ყველა დოკუმენტი: _____

გაწერის ეპიკრიზი

თარიღი: _____

მკურნალი ექიმი: _____ _____

სახელი, გვარი ხელის მოწერა

განყოფილების გამგე: : _____ _____

სახელი, გვარი ხელის მოწერა

შემდგომი მკურნალობის რეკომენდაციები: