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 № _____

ბავშვთა განყოფილება (ქ/თ)

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

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 _____

_____

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) _____

მოყვანილია (ვის მიერ) _____ ვინ გამოგზავნა პაციენტი _____

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

დ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა :

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,
7. – თირკმელში, 8. – საკვერცხეებში, 9. – პერიტონეუმში, 10. – ძვლის ტვინში, 11. – სხვა ორგანოებში, 12. – მრავლობითი,
0. – არ არის, 00. – უცნობია.

პირველადად მრავლობითი სიმსივნე: ☐ არ არის ☐ სინქრონული ☐ მეტაქრონული

წინამორბედი მკურნალობა(ები):

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

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_____

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

პაციენტის
ასაკი: _____ **წონა:** _____ კგ. **სიმაღლე:** _____სმ.

ანამნეზი:

ალერგია: _____

მედიკამენტური დამოკიდებულება: _____

მავნე ჩვევები: ☐ თამბაქო: ☐ ალკოჰოლი: ☐ ნარკოტიკები: ☐ სხვა: _____

P:

T/A:

t°C:

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: _____

სასუნთქი სისტემა: _____

ენდოკრინული სისტემა: _____

ნერვული სისტემა: _____

შარდ-გამომყოფი სისტემა: _____

საჭმლის მომნელებელი სისტემა: _____

საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი: _____

სხვა:

_____
_____

ქიმიოთერაპიული მკურნალობის ჩვენება

_____

_____

_____

_____

მკურნალობის გეგმა

_____

_____

_____

_____

_____

მკურნალი ექიმი _____ ხელმოწერა _____

განყოფილების გამგე _____ 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 : _____

<u>მკურნალობა</u>

პრეპარატი, დოზა	მკურნალობის დღე														ექთნის ხელმოწერა

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

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

ექიმის სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

რეცეპტები

ანალიზები

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: