

ICD- 10



რადიაციული ონკოლოგიის დეპარტამენტი

ამბულატორიული ბარათი N _____

სისხლის ჯგუფი _____ Rh _____

ალერგია: _____
პრეპარატის დასახელება

სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი № _____

სხივური თერაპია (სტაციონარი)

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 _____ განყოფილება _____

გაწერის თარიღი და დრო _____ 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.

ჩატარებული სეროლოგიური რეაქციები:

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

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

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

[illegible]

პაციენტის ასაკი: _____	წონა: _____ კგ.	სიმაღლე: _____ სმ.
ანამნეზი: ალერგია: _____ მედიკამენტური დამოკიდებულება: _____ მავნე ჩვევები: ☐ თამბაქო: ☐ ალკოჰოლი: ☐ ნარკოტიკები: ☐ სხვა: _____ P: T/A: რც: გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: _____ სასუნთქი სისტემა: _____ ენდოკრინული სისტემა: _____ ნერვული სისტემა: _____ შარდ-გამომყოფი სისტემა: _____ საჭმლის მომნელებელი სისტემა: _____ საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი: _____ სხვა: _____ _____ _____		

რადიაციული თერაპიის 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 წარმომადგენლის (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 წარმომადგენლის (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

ხელმოწერა _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

რადიაციული თერაპია

1-ოპერაციისწინა, 2 - ოპერაციისშემდგომი, 3 - რადიკალური პროგრამით ოპერაციის გარეშე,
4 - პალიატიური, 5 - სიმპტომური

სხივური თერაპიის გამოყენება:

1 - პირველადი სიმსივნის სამკურნალოდ, 2 - რეციდივის სამკურნალოდ,
3 - მეტასტაზის სამკურნალოდ, 4 - სისტემური დაავადების სამკურნალოდ

მკურნალობის დაწყება	მკურნალობის დამთავრება	სხ.თერაპიის სახე	დასხივების მეთოდი	ფრაქციების რ- ბა	დღიური დოზა	ჯამური დოზა		
						პირველად კერაზე	რეგიონული მეტასტაზირების ზონებზე	შორეული მეტასტაზირების ზონებზე

გამოყენებული რადიომოდიფიკატორები: _____

ექიმი-რადიოლოგი _____

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

კონსულტაციები

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

რეცეპტები

ანალიზები

ჩანართი უშრცელი

- პირადობის მოწმობის/ბავშვებისთვის - დაბადების მოწმობის ასლი
- სადაზღვევო დოკუმენტაცია
- მაღალმთიან ან კონფლიქტურ რეგიონში მცხოვრებთათვის – დამადასტურებელი საბუთი
- ხელშეკრულება
- ქვითრები
- პროგრამული თანაგადახდის ქვითრების ასლები
- კალკულაცია

ჩაკრულია ყველა დოკუმენტი: _____

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines. The lines are evenly spaced and run across the entire width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ზელის მოწერა
