

ICD- 10



სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა IV-300/ა

ამბულატორიული ბარათი N _____

სისხლის ჯგუფი _____ Rh _____
ალერგია: _____
პრეპარატის დასახელება

სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი № _____

პალიატიური მზრუნველობის სამსახური

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 _____

პაციენტზე მზრუნველი პირი _____

საკონტაქტო ინფორმაცია _____

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 _____

ECOG _____ Karnovsky _____

დაავადების ჰისტოლოგიური ტიპი _____

_____ G _____ კოდი M _____

ძირითადი დაავადების გართულება (გართულებები) _____

თანმხლები დაავადება (დაავადებები)

სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების ძირითადი მიზნები _____

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

სიმაღლე _____ წონა _____

ზოგადი მდგომარეობა _____

ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა _____

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, 8. თირკმელში, 9. საკვერცხვებში, 10.

პერიტონეუმში, 11. ძვლის ტვინში, 12. სხვა ორგანოებში, 13. მრავლობითი, 0. არ არის

პირველად 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 _____ ხელმოწერა _____

მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის ჩანაწერი

თარიღი, დრო	პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა
	ჩივილები: Anamnesis morbi: ობიექტური შეფასება: T/A _____ P _____ RR _____ T _____ O2 _____ ზოგადი მდგომარეობა: ც.ნ.ს.: თაე-კისერი: სასუნთქი სისტემა: გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: საჭმლის მომნელებელი სისტემა: შარდ-სასქესო სისტემა: კიდურები: ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის ჩანაწერი

თარიღი, დრო	მკურნალობის გეგმა / მზრუნველობის მიზანი და სტრატეგია
	ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____ სამსახურის ხელმძღვანელი _____

პაციენტის სახელი, გვარი	ბარათის ნომერი:
დიაგნოზი / ქირურგიული ჩარევა:	
ჰოსპიტალიზაციის თარიღი:	ქირურგიული ჩარევის თარიღი:
ალერგია (პრეპარატის დასახელება, ალერგიული რეაქციის ტიპი და ფორმა):	

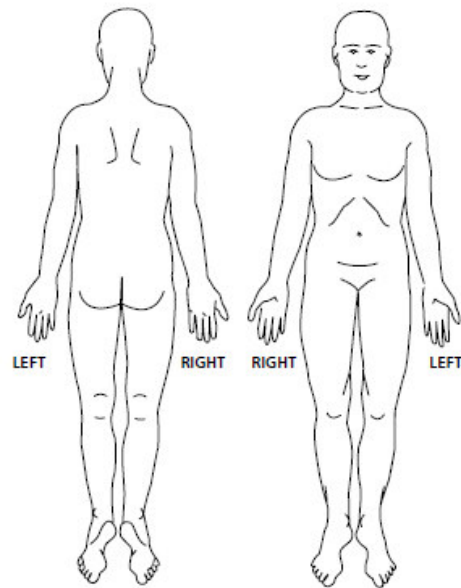
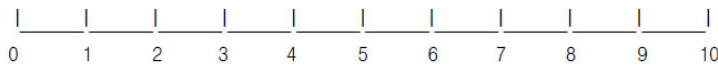
პაციენტის ჩივილების შეფასების ფურცელი

განყოფილება _____

პალატის ნომერი _____

ტკივილის არსებობა ☐ კი ☐ არა ☐ შეფასება ვერ ხერხდებატკივილი ☐ მწვავე ☐ ქრონიკული

ტკივილის ლოკალიზაცია

ტკივილის სახე ☐ ნოციცეფციალური ☐ ნეიროპათიული☐ შერეული ☐ ფსიქოგენური ☐ სულიერი☐ დიფერენცირება ვერ ხერხდებაინტენსივობა ☐ სუსტი ☐ საშუალო ☐ ძლიერიმუდმივობა ☐ მუდმივი ☐ ეპიზოდური ☐ დაკავშირებულირაიმე ქმედებასთან ☐ დიფერენცირება ვერ ხერხდება

ტკივილის დაწყების დრო _____

ტკივილის მატულობს _____

ტკივილის მცირდება _____

ტკივილის კუპირება _____

ტკივილის გამო ჩატარებული ღონისძიებები _____

პაციენტის მღმრთაშრობა ჰოსპიტალიზაციისას ECOG

	სიმპტომი	დინამიკა	შენიშვნა
1.	ტკივილი V შ –		
2.	ასთენია		
3.	ანორექსია/კახექსია		
4.	ცხელება		
5.	გულის რევა/ღებინება		
6.	ყაბზობა		
7.	ფაღარათი		
8.	ნაწლავთა გაუვალობა		
9.	გულ–სისხლძარღვთა პრობლემები		
10.	დისპნოე		
11.	ხველება		
12.	შარდვის პრობლემები		
13.	შეშუპება		
14.	ასციტი/პლევრიტი		
15.	მოძრაობის შეზღუდვა		
16.	კანის პრობლემები		
	ა) კანდიდოზი		
	ბ) ნაწოლები		
	გ) სიმსივნის დაწყლულება		
	დ) სიყვითლე		
	ე) ქავილი		
	ვ) სტომა		
	ზ) ჭრილობა		
17.	სისხლდენა		
18.	უძილობა		
19.	დეპრესია		
20.	აგზნება		
21.	დელირიუმი		
22.	სპეციფიკური მკურნალობის შემდგომი გართულებები		
23.	სხვა		
24.			

პაციენტის მღმრთაშრობა ჰოსპიტალიზაციისას

ფიზიკური-----

ფსიქო–ემოციური-----

სოციალური-----

სულიერი-----

ექიმი----- განყოფილების გამგე----- თარიღი-----

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)

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 სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის შესახებ.

მკურნალმა ექიმმა გამაცნო გადასხმის მიზანი, მისი აუცილებლობა, ხასიათი და პროცედურის თავისებურებანი, გადასხმის შემდეგ შესაძლო რეაქციები და გართულებები, რომლის განვითარების შემთხვევაში თანახმა ვარ ყველა საჭირო სამედიცინო ჩარევაზე. ასევე ჩემთვის ცნობილია დაავადების მიმდინარეობა სისხლისა 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)

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

[illegible]

[illegible]

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

[illegible]

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

[illegible]

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური) - მკურნალი ექიმის ჩანაწერი, ჩატარებული მანიპულაციები

[illegible]

პაციენტის სახელი, გვარი	ბარათის ნომერი:
დიაგნოზი / ქირურგიული ჩარევა:	
ჰოსპიტალიზაციის თარიღი:	ქირურგიული ჩარევის თარიღი:
ალერგია (პრეპარატის დასახელება, ალერგიული რეაქციის ტიპი და ფორმა):	

პაციენტის ჩივილების შეფასების ფურცელი

განყოფილება _____

პალატის ნომერი _____

ტკივილის არსებობა ☐ კი ☐ არა ☐ შეფასება ვერ ხერხდება

ტკივილი ☐ მწვავე ☐ ქრონიკული

ტკივილის ლოკალიზაცია

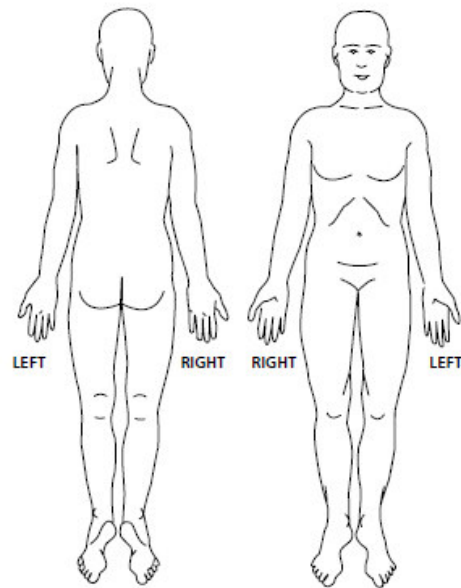
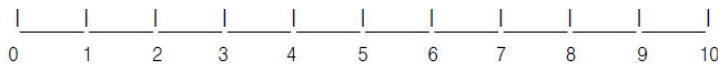
ტკივილის სახე ☐ ნოციცეფციალური ☐ ნეიროპათიული

☐ შერეული ☐ ფსიქოგენური ☐ სულიერი

☐ დიფერენცირება ვერ ხერხდება

ინტენსივობა ☐ სუსტი ☐ საშუალო ☐ ძლიერი

მუდმივობა ☐ მუდმივი ☐ ეპიზოდური ☐ დაკავშირებული რაიმე ქმედებასთან ☐ დიფერენცირება ვერ ხერხდება



ტკივილის დაწყების დრო _____

ტკივილის მატულობს _____

ტკივილის მცირდება _____

ტკივილის კუპირება _____

ტკივილის გამო ჩატარებული მკურნალობა _____

პაციენტის მდგომარეობა გაუერის ღრუს ECOG

ცოცხალი		ბარდაცვლილი		
		სიმპტომი	დინამიკა	შენიშვნა
25.		ტკივილი V შ –	+ –	
26.		ასთენია	+ –	
27.		ანორექსია/კახექსია	+ –	
28.		ცხელება	+ –	
29.		გულის რევა/ღებინება	+ –	
30.		ყაბზობა	+ –	
31.		ფადარათი	+ –	
32.		ნაწლავთა გაუვალობა	+ –	
33.		გულ–სისხლძარღვთა პრობლემები	+ –	
34.		დისპნოე	+ –	
35.		ხველება	+ –	
36.		შარდვის პრობლემები	+ –	
37.		შეშუპება	+ –	
38.		ასციტი/პლევრიტი	+ –	
39.		მოძრაობის შეზღუდვა	+ –	
40.		კანის პრობლემები	+ –	
		ა) კანდიდოზი	+ –	
		ბ) ნაწოლები	+ –	
		გ) სიმსივნის დაწყლულება	+ –	
		დ) სიყვითლე	+ –	
		ე) ქავილი	+ –	
		ვ) სტომა	+ –	
		ზ) ჭრილობა	+ –	
41.		სისხლდენა	+ –	
42.		უძილობა	+ –	
43.		დეპრესია	+ –	
44.		აგზნება	+ –	
45.		დელირიუმი	+ –	
46.		სპეციფიკური მკურნალობის შემდგომი გართულებები	+ –	
47.		სხვა		
48.				

პაციენტის მდგომარეობა გაუერის ღრუს

ფიზიკური—

ფსიქო—ემოციური—

სოციალური—

სულიერი—

კლინიკო-დიაგნოსტიკური გამოკვლევების შედეგები

დოკუმენტაცია

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

გაწვერის ეპიგრაფიკი

თარიღი ----- დრო -----

[illegible]

მკურნალი ექიმი:

სახელი, გვარი

ზელის მოწერა

სამსახურის ზელმძღვანელი(განყოფილების გამგე):

სახელი, გვარი

ხელის მოწერა

შემდგომი მკურნალობის რეკომენდაციები:
