

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

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება და მისამართი:

სს „უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი“ თბილისი, ლისის ტბა

2. დაწესებულების დასახელება, მისამართი, სადაც იგზავნება ცნობა :

3. პაციენტის სახელი და გვარი: _____

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

5. პირადი ნომერი : _____

6. მისამართი : _____

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

8. თარიღები:

ა) ამბულატორიაში მიმართვის _____

ბ) სტაციონარში გაგზავნის _____

ც) სტაციონარში მოთავსების _____

დ) გაწერის _____

9. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი (ძირითადი დაავადება, თანმხლები დაავადებები, გართულებები) ICD :

Ds: _____

ჰისტო-მორფოლოგიური ვერიფიკაცია:

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: _____

19. დაწესებულების ხელმძღვანელის/ხელმძღვანელის მოადგილის ხელმოწერა

20. ცნობის გაცემის თარიღი:

ბ.ა.