

ფორმა №IV-200/ა

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა  
ეროვნული ცენტრი

ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათი № \_\_\_\_\_

გვარი, სახელი, \_\_\_\_\_

სქესი: \_\_\_\_\_

დაბადების თარიღი \_\_\_\_\_ ტელეფონი \_\_\_\_\_

პირადი ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) \_\_\_\_\_

მისამართი \_\_\_\_\_

სამუშაო ადგილი, პროფესია \_\_\_\_\_

შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი: ზომიერი *o*, მნიშვნელოვანი *o*, მკვეთრი *o*.

სისხლის ჯგუფი \_\_\_\_\_ Rh-ფაქტორი \_\_\_\_\_

სისხლის გადასხმები \_\_\_\_\_

(როდის და რამდენი)

ალერგია \_\_\_\_\_

(მედიკამენტი, საკვები და სხვა. რეაქციის ტიპი)

ქირურგიული ჩარევები

გადატანილი ინფექციური დაავადებები \_\_\_\_\_

ქრონიკული დაავადებები (მ.შ. გენეტიკური დაავადებები) და მავნე ჩვევები

სადაზღვევო პოლისის ნომერი \_\_\_\_\_

სადაზღვევო კომპანია \_\_\_\_\_

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა  
ეროვნული ცენტრი

დანართი №3

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი  
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-2/ა

ზოგადი მონაცემების ცხრილი

| თარიღი | სიმაღლე | წონა | არტერიული<br>წნევა<br>T/A | გულის<br>შეკუმშვის<br>სიხშირე P | სუნთქვის<br>სიხშირე<br>R | ტემპერატურა<br>T <sup>o</sup> C | სხვა<br>• | სხვა<br>• |
|--------|---------|------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------|-----------|
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |
|        |         |      |                           |                                 |                          |                                 |           |           |

\* სერვისის მიმწოდებელი უფლებამოსილია ცხრილის თავისუფალ გრაფაში დააფიქსიროს  
სხვა, მისთვის საჭირო ობიექტური მონაცემი

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი  
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-3/ა

**დასკვნითი დიაგნოზების ცხრილი**

| თარიღი | დიაგნოზი (ICD-10კოდი) | ექიმის ხელმოწერა |
|--------|-----------------------|------------------|
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |
|        |                       |                  |

| აღრიცხვაზე აყვანის<br>თარიღი | დიაგნოზი, შემთხვევა | აღრიცხვიდან<br>მოხსნის თარიღი | მკ-ის გამოსავალი |
|------------------------------|---------------------|-------------------------------|------------------|
|                              |                     |                               |                  |

დანართი №6

ფორმა №IV-200-5/ა

ექიმის სახელი, გვარი \_\_\_\_\_ თარიღი \_\_\_\_\_

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი

დანართი №8

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი  
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-7/ა

სამედიცინო ჩარევის ოქმი №

პაციენტის გვარი, სახელი

განყოფილება \_\_\_\_\_ ბარათის ნომერი

სამედიცინო ჩარევის სახე

გაუტკივარება \_\_\_\_\_

დაწყების თარიღი, დრო \_\_\_\_\_

დასრულების თარიღი, დრო \_\_\_\_\_

რეკომენდაცია/დანიშნულება

ექიმი \_\_\_\_\_  
(სახელი, გვარი)

ხელმოწერა \_\_\_\_\_

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი  
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-8/ა

**პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების  
გაწევაზე**

მე .....

(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ. მკურნალმა ექიმმა გამაცნო სამედიცინო მომსახურების მიზანი, მისი მიმდინარეობა, თავისებურებანი და შესაძლო გართულებები. ასევე ჩემთვის ცნობილია სამედიცინო მომსახურებაზე უარის შემთხვევაში დამდგარი შედეგის შესახებ.

პაციენტის (ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის)

ხელმოწერა \_\_\_\_\_

მე, ექიმი \_\_\_\_\_

(სახელი, გვარი)

ვადასტურებ, რომ პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა შეკითხვაზე, რაც შეეხება მის ჯანმრთელობას, დაავადებას, მკურნალობას. ასევე მიიღო პასუხი მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებზე და მის ღირებულებაზე.

ხელმოწერა \_\_\_\_\_

თარიღი „-----“ -----