

MDR/PDR პაციენტების მკურნალობის მონიტორინგის ფორმა / MDR/PDR Treatment monitoring form

დაწესებულება / Facility

ექიმი / Doctor

☐ ჰოსპიტალიზაციის ფაზა / Hospitalization phase

☐ ამბულატორიული ფაზა / Ambulatory phase

ფაზის დაწყების თარიღი / Start date: ____/____/____

მკ-ბის დაწყების თარიღი: Date of starting treatment: ____/____/____

გაგრძ. ფაზის (მე-2 ფაზის) დაწყ. თარიღი /Start date of continuation phase: ____/____/____

მკურნალობის დასრულების სავარაუდო თარიღი / Estimate date end of treatment : ____/____/____

პაციენტი / Patient name:

თვე / month:

წელი / year:

მედიკამენტი და დოზა / Drug and Dose	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
Transportation fee (sign if received)																															

მედიკამენტი შეწყვეტა / Drug interruption

თარიღი / Date	მედიკამენტები / Drugs	მიზეზი (№(იხ.ქვევით) და დაწვრილებითი მონაცემები) Reason (№ see below)and details

თარიღი / Date	მედიკამენტები / Drugs	მიზეზი (№(იხ.ქვევით) და დაწვრილებითი მონაცემები) Reason (№ see below)and details

მიზეზები / Reasons: 1 - პაციენტი არ იმყოფება / Patient absent, 2 - გვერდითი მოვლენები / Side effects, 3 - გართულებები-თანმშლელი დაავ. / Complications-comorbidities, 4 - დანიშნული ან მკურნალობის ნებადართული შეწყვეტა / Prescribed or permitted break, 5 - მედიკამენტების ნაკლებობა / Problem of drug supply, 6 - ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიღება / Substance abuse, 7- ოჯახური მიზეზები / Other reasons.

მკურნალობის შესრულება (შეივსოს თვის ბოლოს) / Treatment adherence (to be at the end of the month)

მედიკამენტი / Drug	სრული დოზა / Total dose	მეთვალყურეობის ქვეშ მიღებული დოზა / Dose observed	გამოტოვებული დოზა / Dose missed
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

წონა / Weight

თარიღი/ Date

მედიკამენტის მდგომარეობის მიერ გამოწვეული ალერგია / Drug allergy

ფორმის შევსებისას გამოიყენეთ აღნიშვნები:

+ წამლების მიღება განხორციელდა უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ

0 წამლები არ არის გაცემული პაციენტზე

V წამლები გაცემულია პაციენტზე. არ განხორციელდა წამლების მიღება უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ