

შენიშვნები / Comments:	
ქირურგიული ჩარევა:	
(ჩატარების თარიღი, ოპერაციის ტიპი)	

(ჩატარების თარიღი, ოპერაციის ტიპი)

მკურნალობის გამოსავალი Treatment Outcome	აღნიშ ნეთ ერთი
განკურნება CURED	
დასრულებული მკურნალობა TRT COMPLETED	
უშედეგო FAILED	
მეთვალყურეობიდან დაკარგული LOST TO FOLLOW-UP	
მოკვდა DIED	
შეუფასებელი NOT EVALUATED	
გამოსავლის თარიღი Date of Outcome ____ / ____ / ____	

N	დაწესებულებები (ყველა ის დაწესებულება, სადაც პაციენტს ჩაუტარდა მკურნალობა)	მკურნალობის დაწყების თარიღი	ექიმის სახელი, გვარი (ბეჭდური ასოებით)	მკურნალობის გამოსავლის მინიჭების თარიღი
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ფორმის დაბურვის თარიღი / /

