

ს.ს. ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი

სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა NIV-300/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის N108/ნ ბრძანებით

სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი N _____

სისხლის ჯგუფი _____
და Rh-ფაქტორი _____

ალერგია _____
(პრეპარატის დასახელება)

გვარი, სახელი, მამის სახელი _____

სქესი: მამრობითი მდედრობითი ასაკი _____

ბავშვებისათვის: 1 თვემდე _____ დღის, 1 წლამდე _____ თვის

ოჯახური მდგომარეობა _____ მოქალაქეობა _____

პირადი ნომერი _____

მისამართი: _____ საკონტაქტო ტელეფონი _____

სამუშაო ადგილი, პროფესია, თანამდებობა _____

სადაზღვევო კომპანია _____ პოლისის ნომერი _____

ჰოსპიტალიზაციის თარიღი და დრო _____ განყოფილება _____

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 _____

დადგენის თარიღი _____

დასკვნითი კლინიკური დიაგნოზი (გამოწერისას):

ძირითადი დაავადება _____

ძირითადის დაავადების გართულება (გართულებები) _____

თანმხლები დაავადება (დაავადებები) _____

ჰოსპიტალიზირებულია მიმდინარე წელს ამ დაავადების გამო: პირველად, განმეორებით.

ოპერაციული მკურნალობა, გაუტკივარების მეთოდები და შემდგომი გართულებები:

ოპერაციის დასახელება	თარიღი, საათი	გაუტკივარების მეთოდი	გართულებები

გაცემული საავადმყოფო ფურცლის N _____ თარიღი _____დან _____მდე

დაავადების გამოსავალი: გამოჯანმრთელება, გაუმჯობესება, უცვლელი, გაუარესება,

გარდაიცვალა (თარიღი) _____ დაყვანილია სხვა დაწესებულებაში _____
(დაწესებულების დასახელება)

სხვა (ჩაიწეროს) _____

გაწერის თარიღი და დრო ----- საწოლდღე _____

მკურნალი ექიმი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____

სამსახურის უფროსი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____

მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის ჩანაწერი

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

პაციენტის პირველადი გასინჯვა

თარიღი _____

სუბიექტური მონაცემები (კლინიკური სიმპტომატიკა)

კანი, კანქვეშა ქსოვილი, ლორწოვანი გარსები	
ძვლები და სახსრები	
სასუნთქი სისტემა	
საჭმლის მომნელებელი ორგანოები	
სისხლის მიმოქცევის ორგანოები	
ნერვული სისტემა და ფსიქიური სფერო	
ენდოკრინული სისტემა	
შარდ-სასქესო ორგანოები	
პერიფერიული ლიმფური კვანძები	

Status localis

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება

ეპიკრიზი

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

განყოფილების ხელმძღვანელი _____ ხელმოწერა _____
(სახელი, გვარი)

კლინიკის დირექტორი _____ ხელმოწერა _____
(სახელი, გვარი)

თარიღი _____

პათოლოგანატომიური (ჰისტოლოგიური) დასკვნა

ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი:

ძირითადი _____

ძირითადის გართულება _____

თანმხლები _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____