

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 _____

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-3/ა

დასკვნითი დიაგნოზების ცხრილი

თარიღი	დიაგნოზი (ICD-10კოდი)	ექიმის ხელმოწერა

აღრიცხვაზე აყვანის თარიღი	დიაგნოზი, შემთხვევა	აღრიცხვიდან მოხსნის თარიღი	მკ-ის გამოსავალი