

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის

ბრძანება №01-29/ნ
2018 წლის 11 ივლისი

ქ. თბილისი

„სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

„ნორმატიული აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-20 მუხლის მე-4 პუნქტის შესაბამისად, ვბრძანებ:

მუხლი 1

„სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ ბრძანებაში (სსმ, 35, 24/03/2009; 470.030.000.22.035.012.917) შეტანილ იქნეს ცვლილება და ბრძანებით დამტკიცებული სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი:

1. მე-2 მუხლს:

ა) მე-8 პუნქტის შემდეგ დამატოს 8¹ პუნქტი შემდეგი რედაქციით:

„8¹. სხვადასხვა სახის ტრავმის, ასევე, დამწვრობისა და ჭრილობის არსებობის შემთხვევაში:

ა) მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის მიერ პაციენტის თანხმობის, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არქონის ან ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენელს გამოკითხვის შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე ხდება შესაბამისი უჯრის მონიშვნა;

ბ) თუ პაციენტს არ შეუძლია კითხვებზე პასუხის გაცემა (მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი ან პაციენტის ქმედუუნარობა), კითხვარს ავსებს პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში, ექიმი აკეთებს სათანადო ჩანაწერს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში იმის თაობაზე, რომ ინფორმაციის მოპოვება შეუძლებელია.“;

ბ) 22-ე პუნქტის შემდეგ დამატოს 22¹ პუნქტი შემდეგი რედაქციით:

„22¹. პაციენტის გაწერისას, მისთვის მედიკამენტური დანიშნულების მიცემის შემთხვევაში, ექიმი ვალდებულია, აღნიშნული ასახოს დანიშნულებაში (ქაღალდის მატარებელზე ან სპეციალური ელექტრონული სისტემის დანიშნულების ველში). მატერიალური ფორმით (ქაღალდის მატარებელზე) მიცემული დანიშნულება პაციენტს ეძლევა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა-ფორმა №IV-100/ა-სთან ერთად და იგი მოიცავს შემდეგ სავალდებულო ინფორმაციას:

ა) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პირის/დაწესებულების დასახელებას;

ბ) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდს;

გ) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პირის/დაწესებულების მისამართს;

დ) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პირის/დაწესებულების ელექტრონულ მისამართს (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);

ე) პაციენტის სახელს, გვარს, პირად ნომერს, დაბადების თარიღს;

ვ) პაციენტის დანიშნულების სრულ ჩამონათვალს (მათ შორის, ურეცეპტოდ გასაცემის) – დასახელებას, ფორმას, დოზას, რაოდენობას და მიღების წესს (რომელშიც აღნიშნულია პროდუქტის მიღების სიხშირე და ხანგრძლივობა, შეყვანის გზები და პაციენტისათვის საჭირო სხვა ინფორმაცია), ჩამონათვალი უნდა იყოს გადანომრილი;



ზ) ექიმის სახელს, გვარს, დანიშნულების გაცემის თარიღს; დანიშნულება უნდა იქნეს დამოწმებული ექიმის ხელმოწერით.“.

2. მე-2 მუხლით განსაზღვრული „სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი - ფორმა №IV-300/ა (დანართი №1) ჩამოყალიბდეს თანდართული რედაქციით.

მუხლი 2

ბრძანების პირველი მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი და მე-2 პუნქტი ამოქმედდეს 2019 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პირველი მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტი ამოქმედდეს 2018 წლის 16 ივლისიდან.

საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის მინისტრი

დავით სერგეენკო

დანართი №1

სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა NIV-300/ა

(დაწესებულების დასახელება)

დამტკიცებულია

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და

სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის

“___” “_____” N___ 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 შემთხვევაში:

მომართვა განხორციელდა ტრავმიდან _____ წთ-ში.

ტრავმის სახე:

ავტოსაგზაო: ☐ ქვეითი ☐ ველოსიპედი ☐ ავტომობილი

☐ საყოფაცხოვრებო ტრავმა ☐ საწარმოო ტრავმა

☐ თვითდაზიანება ☐ განზრახ დაზიანება

გაჭირდა ავტომობილიდან ამოყვანა: ☐ კი _____ წთ ☐ არა

სხვა მექანიზმით: ☐ სიმაღლიდან ვარდნა ☐ გაჰყლეტა ☐ _____ (სხვა)

დამწვრობა: ☐ თერმული ☐ ქიმიური ☐ ელექტრო ☐ მოყინვა

ჭრილობა: ☐ ცეცხლნასროლი ☐ ცივი იარაღით

ჰოსპიტალიზებულია გეგმურად: 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) _____

ჰოსპიტალიზებულია მიმდინარე წელს ამ დაავადების გამო: პირველად, განმეორებით.



ოპერაციის დასახელება	თარიღი, საათი	გაუტკივარების მეთოდი	გართულებები

გაცემული საავადმყოფო ფურცლის N_____ თარიღი _____ დან _____მდე
დაავადების გამოსავალი: გამოჯანმრთელება, გაუმჯობესება, უცვლელი, გაუარესება,
გარდაიცვალა (თარიღი)_____ გადაყვანილია სხვა დაწესებულებაში _____
(დაწესებულების დასახელება)

სხვა (ჩაიწეროს) _____
გაწერის თარიღი და დრო -----საწოლდღე _____
მკურნალი ექიმი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____
სამსახურის უფროსი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____
ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება



ექიმის სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება



ექიმის სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

პათოლოგანატომიური (ჰისტოლოგიური) დასკვნა

ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი:

ძირითადი _____



ძირითადის გართულება _____

თანმხლები _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____

მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის ჩანაწერი

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა



თარიღი,
დრო

პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

