

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 წესის:

1. მე-2 მუხლს:

ა) მე-8 პუნქტის შემდეგ დამატოს 8<sup>1</sup> პუნქტი შემდეგი რედაქციით:

„8<sup>1</sup>. სხვადასხვა სახის ტრავმის, ასევე, დამწვრობისა და ჭრილობის არსებობის შემთხვევაში:

ა) მიძღები (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 22<sup>1</sup> პუნქტი შემდეგი რედაქციით:

„22<sup>1</sup>. 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  გაქყლეტა  \_\_\_\_\_ (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.



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) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

