

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დანესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-5/ა

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი

კონსულტაციის სახე _____ სამედიცინო ბარათის № _____

პაციენტი _____
(სახელი, გვარი, ასაკი)

ტრავმის შემთხვევაში:

მომართვა განხორციელდა ტრავმიდან _____ წთ-ში.

ტრავმის სახე:

ავტოსაგზაო: ქვეითი ველოსიპედი ავტომობილი

სხვა მექანიზმით: სიმაღლიდან ვარდნა გაჭყლეტა _____ (დაკონკრეტდეს)

დამწვრობა: თერმული ქიმიური ელექტრო მოყინვა

ჭრილობა: ცეცხლნასროლი ცივი იარაღით

საყოფაცხოვრებო ტრავმა სანარმოო ტრავმა

თვითდაზიანება განზრახ დაზიანება

ექიმის სახელი, გვარი _____ თარიღი _____ “