

- 1) 2019 წლის 15 იანვრიდან EHR-სისტემაში მონაცემთა ატვირთვა ეხება 15 იანვარს დაწყებულ შემთხვევებს, თუ ყველას?
პასუხი: EHR-სისტემაში მონაცემთა ატვირთვა ეხება იმ შემთხვევებს, რომლებიც დაიწყო 2019 წლის 15 იანვარს.
- 2) EHR სისტემაში ინფორმაციის გადაცემის ვადის დარღვევისას, აგრეთვე არასრულყოფილი (არასრული) ინფორმაციის გადაცემისას, როგორი ადმინისტრაციული და ფინანსური სანქციების ამოქმედება იგეგმება?
პასუხი: ამ ეტაპზე (2019 წლის 15 იანვრიდან 2019 წლის 15 აპრილამდე) სისტემა ფუნქციონირებს საპილოტე რეჟიმში. შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებებზე, საპილოტე რეჟიმში, მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლისა და სხვა ზედამხედველობითი ღონისძიებები, ასევე, საჯარიმო სანქციები არ გავრცელდება.
- 3) ეხება თუ არა EHR-სისტემაში მონაცემთა ატვირთვა გადაუდებელი ამბულატორიის კომპონენტის ფარგლებში გატარებულ პაციენტებს?
პასუხი: ამ ეტაპზე EHR-სისტემაში მონაცემების შეტანა სავალდებულოა სტაციონარული შემთხვევებისათვის ანუ იმ პაციენტებისათვის, რომელთა დაყოვნება დაწესებულებაში აღემატება 24 საათს.
- 4) როგორ მოხდება ამ ეტაპზე პაციენტების ცხოვრების ანამნეზში ICD ან NCSP კოდების შეტანა?
პასუხი: აღნიშნული ინფორმაცია, სათანადო დამადასტურებელი დოკუმენტის არწარმოდგენის შემთხვევაში, უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას. შესაბამისად, ამ ინფორმაციის საფუძველზე ექიმი EHR-სისტემაში ირჩევს სათანადო ICD ან NCSP კოდებს, იმ დონეზე დეტალიზაციით, რა დონეზეც შესაძლებელია ინფორმაციის მოძიება.
- 5) პროგრამაში წითელი ვარსკვლავებით მონიშნულია სავალდებულო ველები. გულისხმობს თუ არა ეს, რომ ყველა სხვა დანარჩენი ველი დარჩეს ცარიელი და არ შეივსოს?
პასუხი: სისტემის მიერ კონტროლდება წითელი ვარსკვლავით მონიშნული ველები, ამიტომ მათი შევსება აუცილებელია, ხოლო სხვა დანარჩენი ველები ივსება შესაბამისი მონაცემის არსებობის მიხედვით.
- 6) EHR-სისტემაში სავალდებულო ველია ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდების მითითება რეჰოსპიტალიზაციასთან მიმართებით. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს ხელთ არა აქვს ფორმა-100, როგორ განსაზღვროს ექიმმა 30, 90 თუ 365 დღიანი იყო ინტერვალი წინა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ?
პასუხი: ასეთი სახის მონაცემები ივსება თქვენს ხელთ არსებული ინფორმაციის (პაციენტის გამოკითხვის/შესაბამისი დოკუმენტის) საფუძველზე.

7) EHR-სისტემაში მონაცემები უნდა აიტვირთოს სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დამდგარი სამედიცინო შემთხვევის თუ ყველა შემთხვევის შესახებ?

პასუხი: ამ ეტაპზე სისტემაში მონაცემები უნდა აიტვირთოს სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლედ, მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დამდგარი სამედიცინო შემთხვევების შესახებ.

8) მონაცემების წარუდგენლობა/ დაგვიანებით წარდგენა/ არასწორი ინფორმაციის წარდგენა რა ტიპის დარღვევაა და რა სანქციები იქნება გატარებული?

პასუხი: საპილოტე რეჟიმში სანქციები არ განიხილება.

9) რას გულისხმობს მკურნალობის პროცესში დაკვირვების და ზედამხედველობის ველი?

პასუხი: ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის „მკურნალობის პროცესის“ სექტორში მოცემული სექცია - „დაკვირვება/ზედამხედველობა“ მოიცავს ისეთ პროცედურებს, რომლებიც აღწერილია, მაგალითად, შემდეგი NCSP კოდებით: ZYZX80, ZZZX00 და ა.შ; თუმცა მისი შევსება სავალდებულო არ არის.

10) რა ფუნქცია-ვალდებულებები ეკისრებათ „პასუხისმგებელ ექიმებს“?

პასუხი: ეპიზოდზე პასუხისმგებელი ექიმ(ებ)ი ეპიზოდის მონაცემთა შეტანის სამუშაო პერიოდში განახორციელებენ ყველა მონაცემის დამატება/წაშლა/რედაქტირებას. ეპიზოდის დასრულების შემდეგ წყდება რედაქტირების რეჟიმი, ეპიზოდს ენიჭება პაციენტთან შეთანხმებული სტატუსი და ამ სტატუსების მიხედვით ის გაზიარებულია ან არ არის გაზიარებული. პასუხისმგებელი ექიმ(ებ)ისათვის ეს ეპიზოდი ყოველთვის გაზიარებულია. აღნიშნულ ექიმებს, პაციენტის მოთხოვნით, შეუძლიათ დაფარული ეპიზოდის სტატუსის შეცვლა, ასევე, ისინი ზოგად პასუხისმგებლობას იღებენ ინფორმაციის დროულად შეტანაზე.

11) კვლევების შედეგებში კვლევის მონაცემები უნდა დაფიქსირდეს თუ არა სრულად?

პასუხი: შედეგებში იწერება მხოლოდ კვლევის დასკვნის ნაწილი ანუ ის მაჩვენებლები, რომლებიც უშუალოდ ზემოქმედებენ მკურნალობის პროცესზე.

12) EHR-სისტემაში როგორ ხდება დანიშნულების შეტანა?

პასუხი: EHR-სისტემის ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდში მედიკამენტების შეტანა ხდება ტექსტურად (ხელით), გაწერის შემდგომ რეკომენდაციებში მედიკამენტის შეტანა ხდება არჩევით, წამლის საძიებლიდან.

13) გადმოვა თუ არა ელ. რეცეპტის მოდულში ატვირთული ფორმა EHR-სისტემაში?

პასუხი: ელ. რეცეპტის სისტემაში დაფიქსირებული დანიშნულებები ინტეგრირებულია EHR-სისტემასთან და თავიდან მისი შეტანა საჭირო არ არის. თუმცა, ელექტრონული ისტორიების სისტემაში ჩანს მხოლოდ ეპიზოდების მიმდინარეობის დროს და პაციენტის გაწერიდან 5 დღის განმავლობაში გამოწერილი ელ. რეცეპტები; ამ ვადის გასვლის შემდეგ გამოწერილი ელ. რეცეპტი სისტემაში არ გამოჩნდება. შესაბამისად, აღნიშნული ვადის შემდეგ დანიშნულება შესაძლებელია მიეთითოს გაწერის შემდგომი რეკომენდაციების სხვა დანიშნულების სექციაში.

14) ვინ იქნება საკონტაქტო პირი კლინიკური საკითხების დაზუსტების საჭიროების შემთხვევაში?

პასუხი: ნებისმიერი კითხვის გაჩენის შემთხვევაში მოგვწერეთ მეილზე: ehrmonitor@moh.gov.ge.

15) სისხლის გადასხმის გრაფა ითხოვს თარიღის მითითებას. შესაძლებელია თუ არა, რომ ერთ დღეს ჩატარებული ჰემოტრანსფუზიები გადაიცეს ერთხელ და ექიმმა დაზუსტების ველში ჩაწეროს ბეგ(ებ)ის რაოდენობა?

პასუხი: ეს შესაძლებელია, მაგრამ ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია, კომენტარში დააზუსტოთ პროცედურების (გადასხმების/კვლევის) რაოდენობა, ხოლო აქტივობის დასრულების თარიღში მიუთითოთ ბოლო პროცედურის დასრულების თარიღი. აღნიშნული, ასევე, ეხება ლაბორატორიულ კვლევებს. ასევე, ექიმის მიერ დაზუსტების ველში შესაძლოა, ჩაიწეროს ნებისმიერი სახის ინფორმაცია, რომელიც შეიძლება მნიშვნელოვანი იყო მკურნალობის პროცესის დროს ან სხვა ექიმისთვის, მაგ. ალერგიული რეაქცია.

16) ქირურგიული ჩარევის შემთხვევაში პროგრამა გვამატებინებს თითო ველში ერთ NCSP-ს; რამდენიმე ჩარევის შემთხვევაში სავალდებულოა თუ არა ყველა ჩარევის შეტანა, თუ საკმარისია მხოლოდ იმ ჩარევების შეტანა, რომელიც შეტყობინების მოდულშია გადაცემული?

პასუხი: უნდა მოხდეს ყველა NCSP-ის სათითაოდ შეტანა, შედეგად მიიღება ცხრილი, რომელიც შედგენილია ქირურგიული ჩარევების NCSP კოდებისგან.

17) მედიკამენტების გრაფას აქვს საათობრივი მაჩვენებელი. შესაბამისად, თითოეულ მედიკამენტს უნდა ახლდეს სათანადო საათობრივი მონაცემი?

პასუხი: მკურნალობის პროცესში დანიშნულებების სექციის შევსების დროს სისტემაში შეგყავთ თითოეული მედიკამენტი ცალ-ცალკე და უთითებთ ჰოსპიტალიზაციის მთლიანი ეპიზოდის დროს მიღებულ, ამ კონკრეტული მედიკამენტების ჯამურ რაოდენობებს.

18) რა იგულისხმება სხვა დანიშნულებაში?

პასუხი: გაწერის შემდგომ რეკომენდაციებში დანიშნულებების მიცემისათვის არსებობს ორი სექცია: „დანიშნულებები ელ. რეცეპტიდან“ სექციაში დანიშნულებების დაფიქსირება ხდება ელ. რეცეპტებში არსებული ინფორმაციის საფუძველზე (მათი არჩევის გზით), მე-2 სექცია - „სხვა დანიშნულებები“ განკუთვნილია იმ დანიშნულებების დასაფიქსირებლად, რომელიც არ არის შეტანილი ელ. რეცეპტის სისტემაში.

19) EHR-სისტემაში ექიმები ზოგჯერ დარეგისტრირებას ვერ ახერხებენ. პროგრამის პასუხია „თქვენ არ ხართ დარეგისტრირებული არც ერთ კლინიკაში“. როგორ მოვიქცეთ?

პასუხი: სისტემაში ექიმის რეგისტრაციის შემდგომ ამ ექიმს უფლება აქვს, იმუშაოს სისტემაში მხოლოდ გარკვეული დაწესებულების ფარგლებში, რისთვისაც მან უნდა აირჩიოს ამ მიზნით სისტემის მიერ შემოთავაზებული სამედიცინო დაწესებულებებიდან ერთ-ერთი. აღნიშნული სია შედგენილია იმ სამედიცინო დაწესებულებებისგან, რომელთაც ეს ექიმი აღიარეს თავის თანამშრომლად. ექიმის აღიარების პროცედურას ახორციელებს სამედიცინო დაწესებულება სპეციალური მოდულის საშუალებით, რომელსაც „მენეჯერის მოდული“ ეწოდება. ამ მოდულში მუშაობის სახელმძღვანელო განთავსებულია სამინისტროს საიტზე.

20) პაციენტი რეანიმაციის განყოფილებიდან მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ გადადის და რამდენიმე დღეში ეწერება სომატური განყოფილებიდან. ასეთ შემთხვევაში რომელი ექიმი აკეთებს ელექტრონულ ჩანაწერებს - რეანიმატოლოგი თუ „შინაგანი მედიცინის“ სპეციალისტი თუ ორივე ცალ-ცალკე?

პასუხი: ელ. სისტემაში რეალიზებულია ერთ ეპიზოდზე ერთზე მეტი პასუხისმგებელი პირის მიმაგრების საშუალება. აქედან გამომდინარე, შესაძლებელია, ერთი ეპიზოდის მონაცემების შეტანა გადანაწილდეს რამდენიმე პასუხისმგებელ პირზე (ექიმზე), რომლებიც აირჩევა თქვენი შეხედულებით, თქვენი დაწესებულების მიერ თანამშრომლად აღიარებული ექიმების სიიდან.

21) პაციენტს წარსულში ჩატარებული აქვს აპენდექტომია, გადატანილ დაავადებებში საჭიროა თუ არა აპენდიციტის მითითება?

პასუხი: აუცილებელია, რომ გადატანილ დაავადებებშიც დაფიქსირდეს აპენდიციტის არსებობა და ქირურგიულ ჩარევებშიც - აპენდექტომია.

22) გეგმიური ქირურგიული ჩარევა, რომელიც ტარდება ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ, საჭიროა თუ არა ანესთეზიის NCSP კოდის მითითება?

პასუხი: ელ. სისტემის წარმოების წესის თანახმად, ქირურგიული ჩარევის კოდების მითითება აუცილებელია. ამავდროულად, ოპერაციის პროტოკოლის ფორმა (რომელიც დამტკიცებულია 108/5 ბრძანებით), მოიცავს ჩანაწერს გაუტკივარების სახეობის მიხედვით. ანესთეზიის NCSP კოდის (WA კოდების) მითითება ხდება ქირურგიული ჩარევების სექციაში.

ამასთან, ოპერაციის დაწყება/დასრულების დროდ (ასევე, ანესთეზიის დაწყება/დასრულების დროდ) უნდა დაფიქსირდეს ანესთეზიის დაწყება/დასრულების დრო.

23) დანიშნულების გრაფაში უნდა ჩაიწეროს მხოლოდ სტაციონარში (პალატაში/რეანიმაციაში) დახარჯული მედიკამენტები, თუ ანესთეზიის მსვლელობისას დახარჯული წამლებიც?

პასუხი: სტაციონარული დოკუმენტაციის წარმოების წესის თანახმად (108/ნ), „1. ექიმის დანიშნულების ფურცელი არის სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათის ძირითადი შემადგენელი ნაწილი. დაუშვებელია მასში არსებული ჩანაწერების გაორება ან თვითნებური ჩანაწერების წარმოება. 2. მკურნალი ექიმი ჩანაწერებს აკეთებს მკაფიოდ და გასაგებად, მიუთითებს მედიკამენტის დანიშვნისა და მოხსნის თარიღს. ექთანს ხელმოწერით ადასტურებს მედიკამენტის დანიშვნისა და მოხსნის ფაქტებს. მკურნალი ექიმი ყოველ დილას, შემოვლისას, პაციენტის გამოკითხვის საფუძველზე, ამოწმებს დანიშნულების მიღების სიზუსტეს და დანიშნულების ფურცელში ხელმოწერით ადასტურებს ექთნის მიერ ჩატარებულ ყველა პროცედურას“. შესაბამისად, საანესთეზიო მედიკამენტების დანიშნულებად განხილვა არამართებულია.

24) აუცილებელია თუ არა თითოეული გამოკვლევის ცალკე შეტანა სისტემაში? პასუხი: სისტემაში აუცილებელია, რომ აიტვირთოს ის ჩატარებული გამოკვლევები/პროცედურები, რომლებსაც გავლენა აქვთ მკურნალობის პროცესზე (მაგალითად, ის კვლევები რომელიც გადახრილია ნორმიდან).