

# სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი

ბარათის N

პაციენტის სახელი, გვარი

სამედიცინო დაწესებულების დასახელება

შემოსვლის თარიღი

განყოფილება

განყოფილება

განყოფილება

განყოფილება

განყოფილება

გასვლის თარიღი

☐

C ჰეპატიტი დადებითი

☐

C ჰეპატიტი უარყოფი

☐

უარი განაცხადა ტესტირებაზე





შეტყობინების კოდი			დახურვის დრო და ხელმოწერა				
დონე ან ICD	NCSP	ხლოვნური კოდი	ხელმოწერა				
			თარიღი/ დრო	მკ. ექიმი	ხელმწ. დრო	ეკ.სამსახური	ხელმწ. დრო

გამოსავალი:  
(შემოხაზე)

სტაბილიზაცია

მორსი

რეფერალი

შეწყვეტილი მკურნალობა