

წელი _____

სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა N IV-300/ა დანართი 1

სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი

ბარათის № _____

სისხლის ჯგუფი და Rh-ფაქტორი _____

ალერგია _____
(მედიკამენტის დასახელება)

პაციენტის გვარი, სახელი, მამის სახელი _____

სქესი: მამრობითი მდედრობითი ასაკი _____

ბავშვებისთვის: 1 თვემდე _____ დღის, 1 წლამდე _____ თვის

ოჯახური მდგომარეობა _____ მოქალაქეობა _____

პირადი ნომერი _____

მისამართი _____

საკონტაქტო ტელეფონი _____

სამუშაო ადგილი, პროფესია, თანამდებობა _____

სადაზღვევო კომპანია _____ პოლისის № _____

ჰოსპიტალიზაციის თარიღი და დრო _____ განყოფილება _____

პალატა № _____ 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 ☐ დაჭყლეტა ☐ _____ (სხვა)

დამწვრობა: ☐ თერმული ☐ ქიმიური ☐ ელექტრო ☐ მოყინვა

ჭრილობა: ☐ ცეცხლნასროლი ☐ ცივი იარაღით

ჰოსპიტალიზირებულია გეგმიურად: ☐ დიახ ☐ არა

გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზი _____

დიაგნოზი შემოსვლისას (წინასწარი) _____

კლინიკური დიაგნოზი _____

დადგენილების თარიღი _____

დასკვნითი კლინიკური დიაგნოზი (გამოწერისას): _____

ძირითადი დაავადება _____

ძირითადი დაავადების გართულება (გართულებები) _____

თანმხლები დაავადება (დაავადებები) _____

ჰოსპიტალიზირებულია მიმდინარე წელს ამ დაავადების გამო: პირველად, განმეორებით.

ოპერაციული მკურნალობა, გაუტკივარების მეთოდები და შემდგომი გართულებები:

ოპერაციის დასახელება	თარიღი, საათი	გაუტკივარების მეთოდი	გართულებები

გაცემული საავადმყოფო ფურცელი № _____ თარიღი _____ დან _____ მდე
დაავადების გამოსავალი: გამოჯანმრთელება, გაუმჯობესება, უცვლელი, გაუარესება,
გარდაიცვალა (თარიღი) _____ გადაყვანილია სხვა დაწესებულებაში _____
(დაწესებულების დასახელება)
სხვა (ჩაიწეროს) _____
გაწერის თარიღი და დრო _____ გატარებული საწოლი დღე _____
მკურნალი ექიმი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____
სამსახურის უფროსი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____

მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის ჩანაწერი

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	პაციენტის ჯანმრელობის მდგომარეობა
	<div></div> <div>ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____</div>

თარიღი, დრო	პაციენტის ჯანმრელობის მდგომარეობა
	<div>ექიმის სახელი, გვარი</div> <div>ხელმოწერა</div>

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღ, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	<p>ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____</p>	

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღ, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	<p>ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____</p>	

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღ, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	<p>ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____</p>	

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღ, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	<p>ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____</p>	

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

პათოლოგანატომიური (ჰისტოლოგიური) დასკვნა

ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი

ძირითადი _____

ძირითადი გართულებები _____

თანმხლები _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების თანხმობაე

მე, _____
(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ.
მკურნალმა ექიმმა მომაწოდა შემდეგი ინფორმაცია:

- 1. სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ:

- 2. სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ:

- 3. პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისთვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ:

- 4. განზრახული სამედიცინო მომსახურების, სხვა ალტერნატიული ვარიანტებისა, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ:

- 5. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ:

6. ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ:

პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა სხვა საინტერესო შეკითხვაზე.

ექიმი (სახელი, გვარი) _____

ხელმოწერა _____

„_____“ _____ 20__წ.

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა _____ (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

პაციენტი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რასაც ადასტურებს საკუთარი ხელის

მოწერით _____ (პაციენტის ხელის მოწერა) _____
(სახელი, გვარი)

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა _____ (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შემოდის)

პაციენტის საყურადღებოდ!!!

საავადმყოფოში მოთავსების დროს, აუცილებლად წაიკითხეთ სტაციონარული პაციენტის ის გრაფა, სადაც აღნიშნულია თქვენი ჯანმრთელობის შესახებ ექიმისთვის მოწოდებული ინფორმაცია და მოაწერეთ ხელი!

ვადასტურებ, რომ ექიმს ყველაფერი მოვუყევი ჩემი ჯანმრთელობის შესახებ. ისტორიაში, ანამნეზის გრაფაში ექიმმა ჩაწერა მხოლოდ ის ინფორმაცია, რომელიც ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მე პირადად მივაწოდე ექიმს.

პაციენტი: _____