

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა № IV – 100/ა

ც ნ ო ბ ა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება და მისამართი _____

2. დაწესებულების დასახელება და მისამართი სადაც იგზავნება ცნობა _____

3. პაციენტის სახელი და გვარი _____

4. დაბადების თარიღი (რიცხვი / თვე / წელი) _____

5. პირადი ნომერი _____
(ივსება 16 წელს მიღწეული პირის შემთხვევაში)
6. მისამართი _____

7. სამუშაო ადგილი და თანამდებობა, (მოსწავლის / სტუდენტის შემთხვევაში – იმ სასწავლო დაწესებულების / სკოლის დასახელება და კლასი / კურსი, სადაც იგი სწავლობს) _____

8. თარიღები: ა) ამბულატორიაში მიმართვის _____
ბ) სტაციონარში გაგზავნის _____
გ) სტაციონარში მოთავსების _____
დ) გაწერის _____
9. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული ღიაგნობი (ძირითადი დაავადება, თანმხლები დაავადებები, გართულებები) _____

10. გლდაგანილი დაავადებები _____

11. მოკლე ანამნეზი _____

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები _____

13. ავადმყოფობის მიმდინარეობა _____

14. ჩატარებული მკურნალობა _____

15. მდგომარეობა სტაციონარში გაგზავნისას _____

16. მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას _____

17. სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები _____

18. მკურნალი ექიმი _____

19. დაწესებულების ხელმძღვანელის / ხელმძღვანელის
მოადგილის ხელმოწერა _____

20. ცნობის გაცემის თარიღი „_____“ „_____“