

ბრძანება #01-1/ნ - "ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ" საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 15 აგვისტოს N01-41/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

მიღებულია - 09/01/2018

ძალაშია - 01/01/2019

მიმღები: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

"ნორმატიული აქტების შესახებ" საქართველოს კანონის მე-20 მუხლის მე-4 პუნქტის შესაბამისად, ვბრძანებ:

მუხლი 1

"ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ" საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 15 აგვისტოს N01-41/ნ ბრძანებაში (www.matsne.gov.ge, 110816001, 16/08/2011, 470010000.22.035.016088) შეტანილ იქნეს შემდეგი ცვლილება და ბრძანებით დამტკიცებული "ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის" მე-7 მუხლის შემდეგ დამატოს შემდეგი შინაარსის 7' მუხლი:

"მუხლი 7'. "გენდერული ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირების" - ფორმა NIV-200-5/ზ (დანართი N6')

1. მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია, გენდერული ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის და/ან სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი პაციენტის ამოცნობა/შეფასების და შესაბამისი დოკუმენტირების უზრუნველყოფის მიზნით, პაციენტის მიერ მის მიმართ განხორციელებული ფიზიკური, სექსუალური და/ან სხვა სახის ძალადობის ფაქტის გამჟღავნებისას და/ან საექმო დაზიანებების არსებობის შემთხვევაში, პაციენტის გასინჯვის ფურცელთან - ფორმა NIV-200-5/ა ერთად შეავსოს "გენდერული ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირების" ფორმა NIV-200-5/ზ (დანართი N6'). აღნიშნული ფორმა ივსება შემდეგი პრინციპის გათვალისწინებით:

ა) პაციენტი ამჟღავნებს ისტორიას ძალადობასთან დაკავშირებით (თვითიდენტიფიცირება), ან სამედიცინო შემოწმებისას ვლინდება ძალადობასთან ასოცირებული კლინიკური სიმპტომები (შფოთვითი აშლილობები, სუიციდური ქცევა, დეპრესია, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და მისთ.) ან ნიშნები (საექმო დაზიანებები, დაღურჯებები, ჭრილობები, წყლულები, ნაკბენები, დამწვრობები განსაკუთრებით მკლავებსა და სახეზე და ა.შ.);

ბ) პაციენტი ექიმთან იმყოფება მარტო და შეუძლია კომუნიკაცია ექიმისათვის გასაგებ ენაზე (თარჯიმნის საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს უნდა გაეწიოს პირველადი დახმარება და შემდგომი გამოკითხვა-გასინჯვა შეწყდეს კომუნიკაციის დამყარებამდე);

გ) ძალადობაზე ექვის მიტანის შემთხვევაში, პაციენტის კლინიკური გამოკითხვისას (N6' დანართის (ფორმა NIV-200-5/ზ) პირველი პუნქტი - სკრინინგი) ძალადობასთან დაკავშირებით დასმული სამი შეკითხვიდან თუ ერთ-ერთზე პასუხი არის დადებითი.

2. ძალადობაზე ექვის მიტანის ან თვითიდენტიფიცირების (თავად მიუთითებს/აღიარებს მის მიმართ განხორციელებულ ძალადობრივ ქმედებაზე) შემთხვევაში, ძალადობის რისკის აღბათობა ფასდება რისკის შეფასების ინსტრუმენტზე (N6' დანართის (ფორმა NIV-200-5/ზ) მე-2 პუნქტი - ძალადობის რისკის შეფასება) დაყრდნობით, რის საშუალებითაც გამოვლენილი მაღალი რისკის შემთხვევაში, ექიმი ვალდებულია განხორციელოს შეტყობინება სამართალდამცავ ორგანოებში. ძალადობის საშუალო და დაბალი რისკის შემთხვევაში, ხდება პაციენტის ინფორმირება ძალადობისაგან დაცვის საკონსულტაციო ცხელი ხაზის (116 006) და არსებული ეროვნული რეფერალური მექანიზმის შესახებ ან გადამისამართება შესაბამისი მომსახურების მისაღებად.

3. ფიზიკური და სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირებისას ძალადობის ნიშნების შემოწმება-გასინჯვა ხორციელდება პაციენტის თანხმობით (N6' დანართის (ფორმა NIV-200-5/ზ) მე-5 პუნქტზე ხელმოწერით) თავიდან-ფეხებამდე პრინციპით, ჯერ სხეულის ტანსაცმლით დაუფარავი ნაწილების, ხოლო შემდეგ დაფარული ნაწილების გულმოდგინედ დათვალიერებით. აღმოჩენილი დაზიანების შემთხვევაში ისინი დატანილი უნდა იქნეს სხეულის რუკაზე (N61 დანართის (ფორმა NIV-200-5/ზ) 5.4 ქვეპუნქტი) და აღიწეროს.

4. სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი პაციენტის მიერ არასასურველი ორსულობის ან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (სგვდ) თავიდან აცილების მიზნით, ძალადობიდან უმოკლეს ვადაში (ძალადობის ფაქტიდან 72 საათის განმავლობაში, ხოლო, თუ მომართვის მომენტისთვის 72 საათი გასულია, ფაქტიდან 5 დღის განმავლობაში), მომსახურების მისაღებად ივსება შესაბამისი ველები, რომელიც მოიცავს ამ შემთხვევაში გასატარებელი ღონისძიებების ჩამონათვალს, შესაბამისი ვადების მითითებით.

5. სექსუალური ძალადობის მსხვერპლისათვის სამედიცინო მომსახურების მისაწოდებლად, ასევე, ივსება ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-100/ა) სექსუალური ძალადობის დიაგნოზის კოდის (ICD2 კოდის T74.2) და დოკუმენტირების ფორმით (N6' დანართის (ფორმა NIV-200-5/ზ) პუნქტი 7) გათვალისწინებული შესაბამისი ეტაპის ღონისძიებ(ებ)ის მითითებით.

6. პაციენტის რეფერირების განსახორციელებლად დოკუმენტირების ფორმაში უნდა მიეთითოს (მოინიშნოს) შესაბამისი ღონისძიება (N6' დანართის (ფორმა NIV-200-5/ზ) მე-8 პუნქტის - "შემდგომი ღონისძიებები" შესაბამისი ქვეპუნქტების (8.1.- 8.5.) მიხედვით).

7. დოკუმენტირების ფორმას ხელს აწერს ექიმი, რომელმაც უშუალოდ შეავსო დოკუმენტირების ფორმა და, ასევე, დამსწრე კოლეგა ექიმი ან ექთანაი."

მუხლი 2

ბრძანებას N6 დანართის (ფორმა NIV-200-5/ა) შემდეგ დამატოს დანართი N6' "გენდერული ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირება" - ფორმა NIV-200-5/ბ თანდართული რედაქციით.

მუხლი 3

ბრძანება, გარდა პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის, ამოქმედდეს 2019 წლის 1 იანვრიდან, ხოლო პილოტური პროექტის განმახორციელებელი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ამოქმედდეს 2018 წლის 1 თებერვლიდან.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის მინისტრი დავით სერგენკო

დანართი 6'
ფორმა NIV-200-5/ბ

გენდერული ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის/სექსუალური ძალადობის დოკუმენტირება
(ივსება 16 და ზემოთ ასაკის პაციენტისათვის)
(შევსებული ფორმა შეიცავს კონფიდენციალურ ინფორმაციას)

1. სკრინინგი	
შევსების თარიღი	//
პაციენტის სახელი, გვარი ----- ----- დაბადების -----/-----/----- ასაკი ----- რიცხვი თვე წელი პაციენტის პირადი ნომერი ----- საცხოვრებელი მისამართი ----- ----- ტელ. ნომერი ----- პაციენტის სქესი: ☐ მდედრობითი ☐ მამრობითი პაციენტი: ☐ მართლა ☐ ახლავს ოჯახის წევრი (მიუთითეთ ვინაობა)----- ☐ ახლავს მეგობარი (მიუთითეთ ვინაობა)----- ☐ ახლავს პოლიციის თანამშრომელი (მიუთითეთ ვინაობა)----- ☐ ახლავს სოციალური მუშაკი (მიუთითეთ ვინაობა)----- ----- ☐ სხვა (მიუთითეთ ვინაობა)-----	
აუხსენით პაციენტს, რომ:	
- ყველა პაციენტს უსვამთ შეკითხვას ოჯახში ძალადობის/ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ;	

- ამ საკითხით იმიტომ ინტერესდებით, რომ ქალთა მიმართ ძალადობის შემთხვევები საკმაოდ ხშირია, რაც საფრთხეს უქმნიდეს მათ სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას. გსურთ, რომ დაეხმაროთ ისეთ პაციენტებს, რომლებსაც ეს პრობლემა აწუხებთ; - მას აქვს უფლება, თქვენ მიერ ძალადობასთან დაკავშირებით დასმულ შეკითხვებს არ უპასუხოთ; - ინფორმაცია, რასაც პაციენტი თქვენ გაგანდობთ, კონფიდენციალურად დარჩება თქვენ შორის, გარდა იმ შემთხვევებისა, თუ გამოიკვეთა, რომ პაციენტი და/ან მისი შვილები სერიოზული საფრთხის წინაშე დგანან მოძალადის მხრიდან (განისაზღვრება რისკის შეფასების ფორმაზე დაყრდნობით).	
შეეკითხეთ:	
კითხვა 1: თქვენს მეუღლეს/პარტნიორს ან/და ოჯახის სხვა წევრს თქვენი დაშინების ან დასჯის მიზნით მიუმართავს თუ არა ისეთი ქმედებისათვის, რამაც მოგაყენათ ტანჯვა ან ტკივილი?	☐ დიახ ☐ არა
კითხვა 2: ბოლო 6 თვის განმავლობაში თქვენ მიმართ განხორციელებულა თუ არა ისეთი აგრესიული ქმედება, როგორიცაა - დარტყმა, ცემა, მოხრჩობის ან მოგუდვის მცდელობა? ☐ დიახ ☐ არა	თუ "დიახ", მონიშნეთ შესაბამისი ქმედება: დარტყმა ☐ , ცემა ☐ , მოხრჩობის ან მოგუდვის მცდელობა ☐ ?
კითხვა 3: გყავთ შვილები? ☐ დიახ ☐ არა	თუ "დიახ", შესწრებიან თუ არა ისინი თქვენ მიმართ განხორციელებულ ძალადობას ☐ ? დაზარალებდნენ ისინიც ☐
ინსტრუქცია:	
- იმ შემთხვევაში, თუ ზემოთ მოცემულ სამივე კითხვაზე პაციენტი პასუხობს "არას" - მიაწოდეთ ინფორმაცია (გადაეცით საინფორმაციო ბროშურა) ძალადობისაგან დაცვის ეროვნული ცხელი ხაზის და არსებული რეფერალური მექანიზმის შესახებ ან/და გადამისამართეთ შესაბამისი მომსახურების მისაღებად; - იმ შემთხვევაში, თუ ზემოთ მოცემული სამი შეკითხვიდან ერთ-ერთზე პასუხი არის "დიახ" - გააგრძელეთ შეკითხვების დასმა რისკის შეფასების კითხვარის მიხედვით (იხ. სექცია 2):	
თუ სკრინინგი (ზემოთ მოცემული 3 კითხვის დასმა) ვერ განხორციელდა, შეავსეთ:	სკრინინგი ვერ განხორციელდა რადგან: ☐ პაციენტს თან ახლდა მეუღლე/პარტნიორი ☐ პაციენტს თან ახლდა ოჯახის სხვა წევრი ☐ პაციენტმა უარი განაცხადა პასუხის გაცემაზე ☐ სამედიცინო პერსონალისათვის არ იყო უსაფრთხო გარემო პაციენტის გამოსაკითხად ☐ სხვა (მიუთითეთ) -----
2. ძალადობის რისკის შეფასება:	რისკის შეფასებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს:

- ძალადობის სავარაუდო მსხვერპლის დამოკიდებულებები მოძალადის მიერ მის მიმართ განხორციელებულ ქმედებებთან დაკავშირებით;
- აქცენტი უნდა გაკეთდეს განმეორებითი ძალადობის რისკ-ფაქტორების გამოვლენაზე;
- ექიმის პროფესიული ვარაუდი ძალადობის სარისკო ქცევასთან დაკავშირებით.

1. ბოლო 6 თვის განმავლობაში თქვენ მიმართ განხორციელებულმა ძალადობამ შეიძინა თუ არა უფრო ინტენსიური ხასიათი?	☐ დიახ	☐ არა
2. გეზღუდებათ მეგობრებთან ან ოჯახის წევრებთან კონტაქტი?	☐ დიახ	☐ არა
3. დაუშინებიათ მას ცეცხლსასროლი იარაღით ან დანით?	☐ დიახ	☐ არა
4. ხომ არ გეშინიათ, რომ შეიძლება ფიზიკურად გაგისწორდეთ ან მოგკლათ (ხომ არ ყოფილა ამის მუქარა)?	☐ დიახ	☐ არა
5. გეშინიათ სახლში დაბრუნების?/გრძნობთ თუ არა თავს საფრთხეში?	☐ დიახ	☐ არა
6. გიცდიათ მასთან ურთიერთობის გაწყვეტა? ხართ ამ მომენტში დაშორებული ?	☐ დიახ	☐ არა
7. გაიძულებთ ფიზიკურ სიახლოვეს (სექსუალურ ურთიერთობას), როცა თქვენ ეს არ გსურთ?	☐ დიახ	☐ არა
8. უცემიათ ორსულობის დროს?	☐ დიახ	☐ არა
9. ორსულად ხართ? ☐ გყავთ 18 თვემდე ბავშვი? ☐	☐ დიახ	☐ არა
10. შვილებთან დაკავშირებით ხომ არ გაქვთ უთანხმოება?	☐ დიახ	☐ არა
11. უცემია ☐ / დაურტყამს ☐ ბავშვებისთვის?	☐ დიახ	☐ არა
12. ემუქრებათ თქვენს შვილებს საფრთხე მოძალადისგან?	☐ დიახ	☐ არა
13. თქვენს მეუღლეს/პარტნიორს სამართალდამცავ ორგანოებთან პრობლემები ჰქონია? ☐ აქვს შემაკავებელი ორდერი? ☐	☐ დიახ	☐ არა
14. არის მოძალადე ალკოჰოლზე ან ნარკოტიკულ საშუალებებზე დამოკიდებული?	☐ დიახ	☐ არა
15. ახორციელებს თქვენს ადვენებას? ი გამუდმებით გაკონტროლებთ? ☐ გირეკავთ ან ამყარებს თქვენთან კონტაქტს კომუნიკაციის სხვა საშუალებებით ☐ ?	☐ დიახ	☐ არა

რისკის შეფასების შედეგი:

☐ მაღალი

☐ საშუალო

☐ დაბალი

რისკის შეფასების კლასიფიკაცია და ინტერვენცია:			
მონიშნული დადებითი პასუხების რაოდენობა	რისკის დონე	ინტერვენცია	ინფორმირებული თანხმობა
9 და მეტი/ ასევე - თუ დადებითი პასუხების რაოდენობა 9-ზე ნაკლებია, მაგრამ თქვენი პროფესიული ალღო გპარნახობთ რომ პაციენტი ძალადობის მაღალი რისკის ქვეშაა და/ან პაციენტი მიუთითებს, რომ ფიზიკური დაზიანებები მის მიმართ განხორციელებული ძალადობის შედეგია (თვითიდენტიფიცირება)	მაღალი	შეტყობინება სამართალდამცავი ორგანოებისათვის	სასურველია ექიმმა მიიღოს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა, თუმცა, იმ შემთხვევაში, თუ იდენტიფიცირებულია ძალადობის მაღალი რისკი და/ან პაციენტი მიუთითებს, რომ ფიზიკური დაზიანებები მის მიმართ განხორციელებული ფიზიკური ძალადობის შედეგია, ინფორმაცია მიაწოდოს სამართალდამცავ ორგანოებს
5-დან - 9 -მდე	საშუალო	ინფორმაციის მიწოდება ცხელი ხაზის (116 006), ეროვნული რეფერალური მექანიზმის შესახებ, უსაფრთხოების გეგმის შემუშავება. პაციენტის მდგომარეობის გადამოწმება 1-2 კვირის შემდეგ	პოლიციაში შეტყობინების განსახორციელებლად მიზანშეწონილია, თუმცა, სავალდებულო არ არის, ინფორმირებული თანხმობის არსებობა.
5-ზე ნაკლები	დაბალი	ინფორმაციის მიწოდება არსებული ეროვნული რეფერალური მექანიზმის შესახებ	შეტყობინების განსახორციელებლად მიზანშეწონილია ინფორმირებული თანხმობის არსებობა

3. ძალადობის დოკუმენტირება (პაციენტის ინფორმაციაზე დაყრდნობით)		ივსება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს აღენიშნება საექვო ფიზიკური დაზიანებები და/ან ამჟღავნებს ფიზიკური ან სხვა სახის ძალადობის ფაქტს (თვითიდენტიფიცირება). წინააღმდეგ შემთხვევაში, გადადით პუნქტზე: №8
☐ პაციენტს აღენიშნება საექვო ფიზიკური დაზიანებები, დალურჯებები, ჭრილობები, წყლულები, ნაკბენები, დამწვრობები (გაუსვით ხაზი დაზიანების ტიპს) ☐ პაციენტზე განხორციელდა ფიზიკური ძალადობა ☐ პაციენტზე განხორციელდა სექსუალური ძალადობა ☐ პაციენტზე განხორციელდა ფსიქოლოგიური/ემოციური ძალადობა ☐ პაციენტს შეეზღუდა აუცილებელ რესურსებზე ან/და სერვისებზე ხელმისაწვდომობა		
3.1.პაციენტის თანხმობა (სავალდებულოა)	ვაცნობიერებ, რომ ჩემს მიმართ განხორციელებული ძალადობის გამჟღავნების შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია დაარღვიოს კონფიდენციალურობა და ძალადობის ფაქტის შესახებ აცნობოს სამართალდამცავ ორგანოებს შემდგომი რეაგირების მიზნით	პაციენტის ხელმოწერა:
ძალადობის ისტორია:	როდის დაიწყო ძალადობა? (მიუთითეთ დროის მონაკვეთი):	

		რამდენად ხშირად ხორციელდება პაციენტზე ძალადობა? ☐ ხშირად; ☐ იშვიათად;	
რა შეიძლება იყოს ძალადობის მაპროვოცირებელი ფაქტორი? (მოდალადის მხრიდან)		☐ ალკოჰოლის ავადმომხმარება; ☐ ნარკოტიკული საშუალებების ავადმომხმარება; ☐ სამუშაო სტრესი; ☐ ფინანსური პრობლემები; ☐ სხვა	
მოდალადის კავშირი პაციენტთან:		☐ მეუღლე/პარტნიორი ☐ ყოფილი მეუღლე/პარტნიორი ☐ ოჯახის სხვა წევრი (მიუთითეთ) _____ ☐ დაუდგენელი ☐ სხვა (მიუთითეთ) _____	
მოდალადის სქესი: ☐ მამაკაცი ☐ ქალი		მოდალადის რაოდენობა: ☐ 1; ☐ 2; ☐ 3; ☐ 4 და მეტი	
იმყოფება მოძალადე სამედიცინო დაწესებულებაში?			☐ დიახ ☐ არა
შესაძლებელია თუ არა მოძალადის მოსვლა სამედიცინო დაწესებულებაში?			☐ დიახ ☐ არა
3.2. პაციენტის ბაზისური პროფილი			
წონა:	სიმაღლე:	არტერიული წნევა:	პულსი:
ემოციური მდგომარეობა (გამოკითხვის დროს)	კომუნიკაცია:	ცნობიერება:	
☐ აგზნებული ☐ დათრგუნული ☐ შეშინებული	☐ თავისუფალი ☐ უჭირს ლაპარაკი ☐ ესმის გაჭირვებით ☐ საჭიროებს თარჯიმანს ^[1]	☐ შენარჩუნებულია ☐ მსუბუქად დაზინდულია ☐ გამოხატულად დაზინდულია ☐ უგონოა	
3.3. დეტალები ძალადობის შესახებ			
ძალადობის ადგილი:		თარიღი:	საათი:
ინციდენტი, რის გამოც მიმართა პაციენტმა სამედიცინო დაწესებულებას (გთხოვთ, მიუთითოთ)			
მოდალადემ პაციენტს: ☐ სცემა/ დაარტყა ☐ შეეცადა მოხრჩობას/მოგუდვას		☐ ცეცხლსასროლი ან ცივი იარაღით მიაყენა დაზიანებები ☐ სხვა (მიუთითეთ) _____	
4. სექსუალური ძალადობის იდენტიფიცირების შემთხვევაში			
4.1. პაციენტის თანხმობა (სავალდებულოა)	ვაცნობიერებ, რომ ჩემ მიმართ განხორციელებული სექსუალური ძალადობის გამჟღავნების შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია, აცნობოს შესაბამის სამართალდამცავ ორგანოებს ჩემ შესახებ; ასევე შეტყობინება განხორციელოს ძალადობის მსხვერპლთა მომსახურების კრიზისულ ცენტრში.		პაციენტის ხელმოწერა
4.2. სექსუალური ძალადობის		შეავსეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ:	

დოკუმენტირება	ა) პაციენტი გაამჟღავნებს სექსუალური ძალადობის ფაქტს (თვითიდენტიფიცირება) ბ) ჯერ არ განხორციელებულა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა წინააღმდეგ შემთხვევაში, გადადით პუნქტზე №5 სხვა სახის ძალადობრივი აქტის ანამნეზის შეკრება და გააგრძელეთ პაციენტის გამოკვლევა
---------------	--

არსებობს თუ არა ეჭვი მოძალადის მიერ რაიმე ნარკოტიკული საშუალების/წამლის გამოყენებით პაციენტის თრობის/გონების დაკარგვის მცდელობის?
☐ არა ☐ დიახ ☐ არ ვიცი

მოძალადე მამაკაცის მიერ სქესობრივი განხორციელდა	დიახ	არა	არ ვიცი
ვაგინალურად	☐	☐	☐
ანალურად	☐	☐	☐
ორალურად	☐	☐	☐
მოძალადის მიერ გამოყენებულ იქნა თუ არა კონდომი? ☐ დიახ; ☐ არა; ☐ არ ვიცი			

სექსუალური ძალადობის დროს გამოყენებულ იქნა თუ არა რაიმე საგანი?		
დიახ	არა	არ ვიცი
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
გთხოვთ, აღწეროთ საგანი:		

4.3.საგულისხმო სამედიცინო ისტორია

ჩატარებული აქვს პაციენტს ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე?	☐ დიახ ☐ არა ☐ არაა დარწმუნებული
ჩატარებული აქვს პაციენტს ვაქცინაცია ტეტანუსზე?	☐ დიახ ☐ არა ☐ არაა დარწმუნებული
მენსტრუალური ციკლი: ☐ რეგულარული ☐ არარეგულარული ციკლის ხანგრძლივობა..... დღე	იყენებს თუ არა პაციენტი დაცავის საშუალებებს? ☐ არა ☐ დიახ / თუ 'დიახ' რას არის თუ არა პაციენტი ორსულად? ☐ არა ☐ დიახ / თუ 'დიახ' რამდენი კვირის
5. ანამნეზის შეკრება	ქვემოთ მოცემული გრაფა ივსება როგორც ფიზიკური, ისე სექსუალური ძალადობის შემთხვევის ანამნეზის შეკრებისას, პაციენტის გადმოცემაზე დაყრდნობით

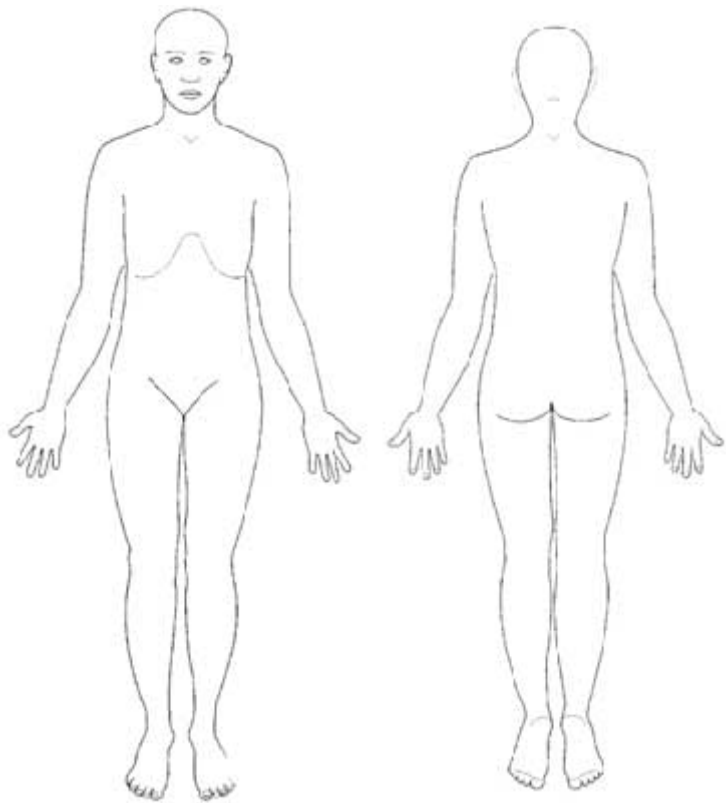
პაციენტის თანხმობა (სავალდებულოა)	თანახმა ვარ, ჩამიტარდეს სამედიცინო შემოწმება პირველადი მტკიცებულებების შეკრების მიზნით. საჭიროების შემთხვევაში, შეკრებილი ინფორმაცია, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნეს სასამართლო მტკიცებულებისათვის.	პაციენტის ხელმოწერა	
5.1. ძალადობის ფაქტის დაწვრილებითი აღწერა (პაციენტის სიტყვებით) : პაციენტის, კანონიერი წარმომადგენლის ან ნათესავის ხელმოწერა:			
5.2. გასათვალისწინებელი ფაქტორები			
	დიახ	არა	არ ვიცი
შეესწრნენ თუ არა ძალადობის ფაქტს დაზარალებულის შვილები?	☐	☐	☐

ძალადობისას გამოყენებული იყო თუ არა იარაღი?	☐	☐	☐
ცდილობდა თუ არა ძალადობაგანცდილი პაციენტი თავის დაცვას?	☐	☐	☐
პაციენტმა დაფხაჰნა თუ არა მოძალადე?	☐	☐	☐
ძალადობის დროს დაკარგა თუ არა გონება პაციენტმა?	☐	☐	☐

5.3. ფიზიკური გასინჯვა						
		დალურჯებები/ სისხლნაჟღერებები	ნაიარევი	ჭრილობა	სისხლდენა	ტკივილი
თავი	ქალას თმიანი ნაწილი	☐	☐	☐	☐	☐
	შუბლის და საფეთქლის მიდამოები	☐	☐	☐	☐	☐
	თვალები (კონიუნქტივას ჩათვლით)	☐	☐	☐	☐	☐
	ყურები	☐	☐	☐	☐	☐
	ცხვირი	☐	☐	☐	☐	☐
	ლოყები	☐	☐	☐	☐	☐
	ტუჩები, კბილები, ლორწოვანი	☐	☐	☐	☐	☐
	ნიკაპი	☐	☐	☐	☐	☐
ყელი	წინა მხარე	☐	☐	☐	☐	☐
	უკანა მხარე	☐	☐	☐	☐	☐
გულ-მკერდი (სარძევე ჯირკვლების ჩათვლით)		☐	☐	☐	☐	☐
ზურგი		☐	☐	☐	☐	☐
ბეჭები		☐	☐	☐	☐	☐
ზედა კიდურები		☐	☐	☐	☐	☐

მუცელი	☐	☐	☐	☐	☐
დუნდულები	☐	☐	☐	☐	☐
გენიტალური მიდამო	☐	☐	☐	☐	☐
ფეხები	☐	☐	☐	☐	☐

5.4. დაზიანებების შემთხვევაში მონიშნეთ რუკაზე და აღწერეთ:



6. სამედიცინო კოდირება:

მიუთითეთ ძირითადი დიაგნოზის შესაბამისი ICD 10 კოდი და თანმხლები დიაგნოზები დაზიანების მიხედვით

მიმართვის მიზეზი (ICPC –ის კოდები) გთხოვთ, შემოხაზოთ:

Z03
Z12
Z13
Z20
Z25

პრობლემები დაკავშირებული ოჯახურ და სამეზობლო ურთიერთობებთან
პარტნიორთან ურთიერთობის პრობლემა (იგულისხმება: ემოციური შეურაცხყოფა)
პარტნიორის ქცევის პრობლემა (იგულისხმება: ფიზიკური შეურაცხყოფა, ძალადობა)
მშობლებთან / ოჯახთან ურთიერთობის პრობლემები (იგულისხმება: მშობელთან / მოზრდილ მმასთან ან დასთან / ოჯახის სხვა წევრთან ურთიერთობის პრობლემა)

	ძალადობის / სიცოცხლისთვის საშიში ეპიზოდის შემდგომი პრობლემები (იგულისხმება: ფიზიკური ძალადობის, გაუპატიურების, სექსუალური თავდასხმის მსხვერპლობა)	
	დიაგნოზი: ☐ T74.1 ფიზიკური ძალადობა ☐ T74.2 სექსუალური ძალადობა ☐ T74.8 მკაცრი მოპყრობის სხვა ფორმა ☐ არასათანადო მოპყრობა ☐ უგულვებელყოფა ☐ ემოციური ძალადობა გარეგანი მიზეზი ICD10-ის მიხედვით(X85 – Y09): -----	
7. მკურნალობა/მოვლა	ღონისძიებები სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში ქვემოთ მოცემული ველი ივსება სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი პაციენტის მიერ შესაბამისი მომსახურების მისაღებად	
7.1. I ეტაპის ღონისძიებები (შემთხვევიდან 72 საათის ან 5 დღის განმავლობაში)		მიუთითეთ ველის შევსების თარიღი:
ორსულობის ტესტი ^[2]		☐ შარდით განსაზღვრა რეზულტატი: ☐ დადებითი; ☐ უარყოფითი
☐ გადაუდებელი კონტრაცეპცია (შემთხვევიდან 72 საათის ან 5 დღის ვადაში)	☐ ლევონერგესტრელი 750მგ 12 საათში ერთხელ ☐ ლევონერგესტრელი1500მგ ერთჯერადად 72 საათამდე ☐ ესტრადიოლისა და ლევონერგესტრელის კომბინაცია ☐ საშვილოსნოს შიდა სპირალი	
	სხვა (მიუთითეთ):	მკურნალობის ხანგრძლივობა (მიუთითეთ):
☐ სგგდ პეპ (სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკა)	☐ ცეფტრიაქსონი 250მგ ი.მ, აზიტრომიცინი 1000მგ პ.ო, მეტრონიდაზოლი ^[3] 2000მგ პ.ო, ერთჯერადი დოზა ☐ ციპროფლოქსაცინი 5 500მგ პ.ო, აზიტრომიცინი 1000მგ პ.ო, მეტრონიდაზოლი 2000მგ პ.ო. ერთჯერადი დოზა (ცეფტრიაქსონზე ალერგიის შემთხვევაში)	
☐ ბაზისური ტესტირება სიფილისზე	☐ სისხლის ანალიზი RPR მეთოდით ☐ სხვა (მიუთითეთ) -----	
7.2. II ეტაპის ღონისძიებები (შემთხვევიდან 2-12 კვირის განმავლობაში)		მიუთითეთ ველის შევსების თარიღი:
ორსულობის ტესტი ^[4]	☐ შარდით განსაზღვრა ^[5] რეზულტატი: ☐ დადებითი; ☐ უარყოფითი	
☐ გონორეა - ნაცხის ბაქტერიოლოგია ანტიბიოტიკოგრაფიით ^[6]	☐ საშვილოსნოს ყელის; ☐ ურეთრალური; ☐ რექტალური; ☐ სხვა	
☐ ქლამიდია - ქსოვილოვან კულტურაში ან შარდში PC	☐ საშვილოსნოს ყელის; ☐ ურეთრალური; ☐ რექტალური; ☐ სხვა	
☐ ჭრილობონა - ნაცხის მიკროსკოპია (საღილი წყლით)		☐ ვაგინალური

☐ სგდ-ის მკურნალობა არაეფექტური/არაჩატარებული პეპი-ის შემთხვევაში (მონიშნეთ რეკომენდებული სქემა)		☐ ცეფტრიაქსონი 250 მგ ერთჯერადად კუნთში (1000მგ, თუ ეჭვია გონორეულ კონიუნქტივიტზე), დოქსიციკლინი 100მგ ორჯერ დღეში პ.ო. 14 დღე, ტინიდაზოლი 2000მგ. პ.ო. ერთჯერადად ☐ ცეფექსიმი 400მგ პ.ო. ერთჯერადად, დოქსიციკლინი 100მგ ორჯერ დღეში პ.ო. 14 დღე, ტინიდაზოლი 2000მგ. პ.ო. ერთჯერადად (თუ პეპ-ის დროს გამოყენებული იყო ცეფტრიაქსონი) ☐ ლევოფლოქსაცინი 500 მგ ორჯერ დღეში 14 დღე ^[7] , აზიტრომიცინი 2000მგ ერთჯერადად, ტინიდაზოლი 2000მგ. პ.ო. (ცეფალოსპორინებზე ალერგიის შემთხვევაში)	
☐ ტესტირება სიფილისი ^[8]	☐ სისხლის ანალიზი RPR მეთოდით		
☐ სხვა (მიუთითეთ):			
☐ მკურნალობა სიფილისზე დადებითი ტესტის შემთხვევაში	☐ დოქსიციკლინი 100მგ ორჯერ დღეში 14 დღე პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში ☐ სხვა (მიუთითეთ) -----		
7.3. III ეტაპის ღონისძიებები (24 კვირის შემდეგ)		მიუთითეთ ველის შევსების თარიღი:	
☐ ტესტირება სიფილისი	☐ სისხლის ანალიზი RPR მეთოდით		
☐ მკურნალობა სიფილისზე დადებითი ტესტის შემთხვევაში	☐ დოქსიციკლინი 100მგ ორჯერ დღეში 14 დღე პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში ☐ სხვა (მიუთითეთ) -----		
სხვა ტიპის მკურნალობის რეჟიმი (მიუთითეთ)			
7.4. IV ეტაპის ღონისძიებები		მიუთითეთ ველის შევსების თარიღი:	
აბორტი (საჭიროების შემთხვევაში)		☐ მედიკამენტოზური ☐ ქირურგიული	
8. შემდგომი ღონისძიებები		(მიუთითეთ თქვენ მიერ განხორციელებული შესაბამისი ღონისძიება)	
8.1. ინფორმირება (ბროშურა)	☐ მიეწოდა ინფორმაცია ეროვნული რეფერალური მექანიზმის (სოციალური და იურიდიული სერვისების) შესახებ		
8.2. პაციენტს შეეთავაზა ინდივიდუალური უსაფრთხოების გეგმის შემუშავება (ძალადობის საშუალო, სურვილის შემთხვევაში - დაბალი, რისკის იდენტიფიცირების შემთხვევაში)		☐ განაცხადა თანხმობა გეგმის შემუშავებაზე ☐ არ დათანხმდა გეგმის შემუშავებას	
8.3. განხორციელდა თუ არა რეფერირება? (დადებითი პასუხის შემთხვევაში, მონიშნეთ შესაბამისი ღონისძიება)			☐ დიახ ☐ არა
☐ შეტყობინება განხორციელდა პოლიციაში - 112 ☐ მიეწოდა ძალადობისაგან დაცვის საკონსულტაციო ცხელი ხაზის ნომერი - 116 006 (24/7) ☐ გადამისამართდა სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოში - 15 05 ☐ მიეწოდა სახალხო დამცველის ოფისის ცხელი ხაზის ნომერი - 14 81 (24/7) ☐ გადამისამართდა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩასატარებლად ☐ გადამისამართდა აივ ინფექცია/შიდსის ტესტირებაზე ☐ გადამისამართდა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პეპ-ის მისაღებად ☐ გადამისამართდა კრიზისულ ცენტრში ☐ გადამისამართდა ფსიქოლოგიური დახმარების მისაღებად პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობის სამართავად			

□ აღუკეთო სსკვა საბისო ოქვეკოალი: -----	
8.4.იმ შემთხვევაში, თუ გადამისამართება არ მომხდარა, მიუთითეთ ამის მიზეზი:	
8.5. პაციენტს შეეთავაზა ექიმის მიერ მეთვალყურეობის განხორციელება (1-2 კვირის შემდეგ)	☐ პაციენტმა გამოთქვა სურვილი მის მდგომარეობაზე ექიმის მიერ მეთვალყურეობის განსახორციელებლად: ☐ ტელეფონის საშუალებით; ☐ პერსონალურად ☐ პაციენტმა უარი განაცხადა შეთავაზებაზე
ექიმის სახელი, გვარი: ხელმოწერა:	დამსწრე კოლეგის სახელი ^[9] , გვარი (სავალდებულოა): ხელმოწერა:

[1] თარჯიმნის საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს უნდა გაეწიოს პირველადი დახმარება და შემდგომი გამოკითხვა-გასინჯვა შეწყდეს კომუნიკაციის დამყარებამდე.

[2] თუ ორსულობის ტესტის ჩატარების საშუალება არ არის, გადაუდებელი კონტრაცეფციის დროს გამოსაყენებელი პრეპარატის მიღება შესაძლებელია არსებული ორსულობისას ნაყოფისათვის რისკის გარეშე. აღნიშნული უნდა განემართოს პაციენტს.

[3] უკუნაჩვენებია ორსულობის პირველ ტრიმესტრში.

[4] ორსულობის ტესტი ინციდენტიდან 2-4 კვირაში ტარდება იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს ამ დროისათვის არ აღუდგება მენსტრუალური ციკლი.

[5] დადებითი ტესტის შემთხვევაში, ქალის სურვილის გათვალისწინებით, უნდა მოხდეს მისი გადამისამართება აბორტის გასაკეთებლად.

[6] ტესტირება სგგდ ინფექციებზე - გონორეა, ქლამიდია და ტრიქომონა ტარდება 2 კვირის შემდეგ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს, მიუხედავად პეპ-ის ჩატარებისა, აღენიშნება ინფექციის სიმპტომები ან პეპ არ ჩატარებულა რაიმე მიზეზით.

[7] უკუნაჩვენებია ორსულობის დროს

[8] ტესტირება სიფილისზე ტარდება ინციდენტიდან 12 კვირაში

[9] ანამნეზის აღებასა და აღნიშნული ფორმის შევსებას აუცილებლად უნდა ესწრებოდეს კოლეგა: ექიმი ან ექთანი.

გამოქვეყნების წყარო:
მაცნეს ვებ პორტალი
10.01.2018

რეგისტრირებულია საქართველოს იუსტიციის სამინისტროში
სარეგისტრაციო კოდი: 470.010.000.22.035.016.484