

**EHR სისტემაში შესატანი ინფორმაცია
სტაციონარული შემთხვევებისთვის**

ზოგადი ნაწილი

ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების (EHR) სისტემაში ინფორმაცია აისახება ყველა იდენტიფიცირებული პაციენტის შესახებ, რომლებიც მკურნალობას გადიან სტაციონარულ, დღის სტაციონარულ, გადაუდებელ და ამბულატორიულ რეჟიმში, ასევე, პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მომხმარებელთა შესახებ. ყველა შემთხვევის დროს 2021 წლის 1 იანვრიდან წარმოებს სავალდებულო სანქცირებადი რეჟიმი.

ამავდროულად, EHR სისტემაში გადაცემის ვალდებულება არ ვრცელდება შემდეგ შემთხვევებზე: ა) ხანგრძლივი, ჰოსპისური და პალიატიური სერვისის მიწოდება; ამასთან, ყველა ის დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს აღნიშნულ სერვისებს სტაციონარული დაწესებულების სანებართვო რეჟიმით, ვალდებულია სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის მოსარგებლის შესახებ ინფორმაცია გადასცეს EHR სისტემაში. ბ) პერინატალური სერვისის მიწოდება; ამასთან, პერინატალური სერვისის მიმწოდებლები ვალდებულნი არიან, შესაბამისი ინფორმაცია ასახონ ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონულ მოდულში; გ) ანონიმური მკურნალობის მიწოდება; დ) იმ პაციენტების სამედიცინო მომსახურება, რომელთაც საქართველოში რეგისტრაციის საფუძველზე მინიჭებული არა აქვთ პირადი ნომერი; ე) სარეაბილიტაციო-გამაჯანსაღებელი სერვისის მიწოდება (შესაბამისი ნებართვის არსებობის შემთხვევაში)

ამავდროულად, EHR სისტემაში გადაცემის ვალდებულება არ ვრცელდება შემდეგ შემთხვევებზე:

- 1) იმუნოზაციის ელექტრონულ მოდულში ატვირთულ შემთხვევებზე; ამასთან, პირველი ვიზიტის შემთხვევები, რომლებიც მოიცავს სხვადასხვა პროცედურებს, მაგ. ნაკბენის დროს ჭრილობის დამუშავება და სხვ., უნდა დაფიქსირდეს EHR სისტემაში; ამავდროულად, პირველადი ჯანდაცვის სერვისის ფარგლებში ოჯახის ექიმის მიერ განხორციელებული აცრების შემთხვევაში სისტემაში უნდა დაფიქსირდეს მხოლოდ „ვიზიტის ტიპი“, სადაც მიეთითება „აცრა-ვიზიტი“ და მისი განხორციელების თარიღი.
- 2) C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამით და აივ ინფექცია/შიდსის სახელმწიფო პროგრამებით გატარებული შემთხვევებზე, ვინაიდან მათ შესახებ EHR სისტემაში ინფორმაციის გადმოტანა მოხდება შესაბამისი მოდულებიდან.
- 3) დიალიზის შემთხვევების შესახებ ინფორმაცია, ვინაიდან აღნიშნული შემთხვევების სისტემაში ინტეგრაცია მოხდება დიალიზის მოდულიდან.
- 4) ჰემოფილიის პროგრამით გათვალისწინებული გაცემული მედიკამენტების შესახებ ინფორმაცია.
- 5) ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახურის მომსახურება, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მომსახურება.
- 6) ექიმის კონსულტაციის ან მიმართვის გარეშე ჩატარებული სხვადასხვა დიაგნოსტიკური თუ ლაბორატორიული კვლევები;
- 7) ექიმის მიერ დისტანციურად განხორციელებული კონსულტაციები.

გასათვალისწინებელია, რომ ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონულ ჩანაწერების (EHR) სისტემაში შეტანილი ინფორმაცია ეფუძნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ ინფორმაციას, შესაბამისად კონკრეტულ შემთხვევებში, მაგ. წინასაოპერაციო კვლევების დროს, შესაძლებელია აღნიშნული კვლევების როგორც სტაციონარულ ან დღის სტაციონარულ ეპიზოდში მოთავსება, ასევე, ცალკე ამბულატორიულ ეპიზოდში აღრიცხვა, ეს დამოკიდებულია იმაზე თუ როგორ აწარმოებს დოკუმენტაციას თითოეული დაწესებულება.

სამედიცინო მომსახურების ტიპი

აღნიშნულ სექციაში უნდა აირჩიოთ ჩამოთვლილი ხუთი ვარიანტიდან (სტაციონარი, დღის სტაციონარი, გადაუდებელი ამბულატორია, ამბულატორიული მომსახურება, პირველადი ჯანდაცვა) ერთ-ერთი, იმის მიხედვით თუ რომელი ტიპის ეპიზოდს აქვს ადგილი კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში. ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთის არჩევა ნიშნავს შესაბამისი მოდულის არჩევას, რომლის შეცვლას შემდგომი ინფორმაციის შეყვანისას ვეღარ შეძლებთ. თუ აღნიშნულ სექციაში შეგეშლებათ სწორი სამედიცინო მომსახურების ტიპის არჩევა მოგიწევთ, რომ წაშალოთ აღნიშნული ეპიზოდი და დაამატოთ ახალი - შესაბამისი, სწორი მომსახურების ტიპით.

რას გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების თითოეული ტიპი:

პირველადი ჯანდაცვა

ოჯახის, სოფლის ან უბნის ექიმის მიერ მიწოდებული მომსახურება და ასევე, მის მიერ წარმოებული კვლევები და/ან რეფერალი ექიმ-სპეციალისტებთან კონსულტაციებისა და კვლევების მიზნით (კაპიტაციის ფარგლებში არსებული მომსახურება).

ამბულატორიული მომსახურება

ამბულატორიის მოდულში იტვირთება ინფორმაცია იმ პაციენტის შესახებ, რომლის დაწესებულებაში დაყოვნებაც არ აღემატება 24 სთ-ს. ასევე, შემთხვევები, რომლებიც შესაძლოა განხორციელდეს, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში ოჯახის ექიმის თუ სპეციალისტების მიერ.

გადაუდებელი ამბულატორია

გადაუდებელი დახმარების (Emergency) ერთეულის (როგორც სტაციონარული დაწესებულების შემადგენლობაში არსებული, ასევე, ცალკე მდგომი გადაუდებელი დახმარების ერთეული) მიერ მიწოდებული შესაბამისი სერვისები: ურგენტული/მწვავე დაავადებების, მდგომარეობების და/ან დაზიანებების მართვა (მ.შ. შეფასება, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, პაციენტის შემდგომი დისპოზიციის საკითხის გადაწყვეტა. გადაუდებელი ამბულატორიის მოდულში იტვირთება ინფორმაცია იმ პაციენტის შესახებ, რომლის დაწესებულებაში დაყოვნებაც არ აღემატება 24 სთ-ს. აღნიშნულ მოდულში, ასევე, უნდა აიტვირთოს ამბულატორიული დაწესებულებების მიერ წარმოებული მომსახურება, რომელიც განსაზღვრულია მთავრობის 36-ე დადგენილების 23-ე მუხლის, 37-ე პუნქტით.

დღის სტაციონარი

საკონსულტაციო-დიაგნოსტიკური, სარეაბილიტაციო და სამკურნალო დახმარება (მ.შ., პროცედურა, მანიპულაცია, ქირურგიული ჩარევა, ქიმიოთერაპიული სერვისი, დიალიზი და სხვ.) იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც იკავებენ საწოლს, არ საჭიროებენ სადღეღამისო სამედიცინო დაკვირვებას/მკურნალობას სტაციონარის პირობებში და რომელთა დაწესებულებაში დაყოვნება არ აღემატება 24 საათს.

სტაციონარი

სტაციონარულ რეჟიმში მიწოდებული სამედიცინო მომსახურება, როდესაც პაციენტის დაწესებულებაში დაყოვნება აღემატება 24 საათს. აქვე განიხილება პაციენტები, რომლებმაც მკურნალობა დაიწყო სტაციონარულ რეჟიმში, თუმცა, ობიექტური მიზეზებიდან გამომდინარე, სტაციონარში მათი დაყოვნება არ აღმოჩნდა 24 საათზე მეტი (ასეთი მიზეზებია პაციენტის გარდაცვალება, სხვა სტაციონარულ დაწესებულებაში გადაყვანა, შეწყვეტილი მკურნალობა).

ცხოვრების ანამნეზი (ეპიზოდი)

პაციენტის მონაცემები

პაციენტის პირადი ნომერი და დაბადების თარიღი სისტემაში ავტომატურადაა შევსებული. **სისხლის ჯგუფი და რეზუსი** - პირველად შევსებისას, აღნიშნული ინფორმაცია, სათანადო დამადასტურებელი დოკუმენტის არწარმოდგენის შემთხვევაში, უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას. თუ პაციენტი განმეორებით მოხვდა სამედიცინო დაწესებულებაში, ველში ნაჩვენები

იქნება ბოლო ეპიზოდის დროს შეტანილი სისხლის ჯგუფი და რეზუსი. განსხვავებული ინფორმაციის დადგენის შემთხვევაში შესაძლებელია ველში არსებული ინფორმაციის ჩასწორება. ასევე, შესაძლებელია ამ სექციაში რუბრიკის - „უცნობია“ არჩევა. **მისამართის, ფაქტიური მისამართის, მობილური ტელ. ნომრის და ელ.ფოსტის** ველები ივსება პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე, თუმცა განმეორებითი ვიზიტების დროს განსხვავებული ინფორმაციის დადგენის შემთხვევაში შესაძლებელია მათი ჩასწორება. **ჩანაწერის ავტორი** - ავტომატურად ფიქსირდება იმ ექიმის სახელი და გვარი, რომელმაც ჩამოთვლილ ველებში ბოლოს შეიტანა/ჩაასწორა ინფორმაცია. აღნიშნული ეხება ყველა მონაცემს, რომელიც ფიქსირდება ელექტრონულ სისტემაში

გადატანილი დაავადებები/ტრავმები/პათ.მდგომარეობები

პირველად შევსებისას, აღნიშნული ინფორმაცია უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის მიერ მოწოდებულ, ზეპირად ან დოკუმენტალურად წარმოდგენილ ინფორმაციას. თუ პაციენტი განმეორებით მოხვდა სამედიცინო დაწესებულებაში, ჩამონათვალში ნაჩვენები იქნება წინა ეპიზოდების დროს შეტანილი დაავადებები/ტრავმები/პათ.მდგომარეობების. თუ არ არსებობს ამ ველებში ინფორმაციის დამატების საჭიროება, მარჯვენა ზედა კუთხეში არსებული ველის - „არ აღნიშნა პაციენტმა“ - მონიშვნის შემდეგ შესაძლებელია შემდეგ სექციებზე გადასვლა.

ცხოვრების ანამნეზის სხვადასხვა სექციაში (მ.შ. გადატანილი დაავადებები; გადატანილი ქირურგიული ჩარევები; ქრონიკული დაავადებები.) არსებული ინფორმაცია შეიძლება წარმოდგენილი იყოს განსხვავებული სახით. თუ მაგალითს განვიხილავთ გადატანილი დაავადებების საფუძველზე, აღნიშნული სექციის ჩამონათვალში დაავადებების დათარიღება შესაძლოა ჩანდეს სამი სახით - როდესაც თარიღში მითითებულია **(1) მხოლოდ წელი** ან იგი **(2)ცარიელია**, რაც ნიშნავს, რომ აღნიშნული გადატანილი დაავადება ანამნეზში მოხვდა წინა ეპიზოდ(ებ)ის განმავლობაში პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე; როდესაც **(3)თარიღი სრულყოფილიადაა მითითებული**, რაც ნიშნავს, რომ პაციენტი წარსულში ჰოსპიტალიზირებული იყო ამ კონკრეტული დაავადებ(ებ)ის საფუძველზე, რომლის შესაბამისი ეპიზოდი აისახა ამ სისტემაში და ამიტომ ავტომატურად გადავიდა ანამნეზში.

გადატანილი დაავადების და ქრონიკული დაავადებების ICD-10 კოდში, ასევე **გადატანილი ქირურგიული ჩარევის NCSP კოდში** შეიძლება მიეთითოს კოდის ნებისმიერი დონე. ეს დამოკიდებულია იმაზე თუ, რამდენად ზუსტ ინფორმაციას მიაწვდის ექიმს პაციენტი.

კლინიკური დიაგნოზისა და ექიმის დაზუსტების ველების შევსებისას, საჭიროების შემთხვევაში, ექიმი აზუსტებს დაავადების სხვადასხვა ასპექტს, რაც სათანადო დამადასტურებელი დოკუმენტის არწარმოდგენის შემთხვევაში, ეფუძნება პაციენტის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას.

ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაშიც ინფორმაციის შეტანის ისეთივე წესები მოქმედებს, რაც ზემოთ იქნა აღწერილი (არ ეთითება თარიღი). განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ თუ პაციენტი დაწესებულებაში შემოვიდა ქრონიკული დაავადების საფუძველზე და ეს ეპიზოდი აისახა ამ სისტემაში, ამ დაავადების ანამნეზში შეტანა აღარ არის აუცილებელი, ვინაიდან ამ ეპიზოდის დასრულების შემდეგ ყველა ქრონიკულად მიმდინარე დაავადება ავტომატურად დაფიქსირდება ანამნეზში, „ქრონიკულ დაავადებებში“.

სისხლის გადასხმაში, სისხლის კომპონენტის ველში მონაცემების შეტანისას არასაკმარისი ინფორმაციის

შემთხვევაში შესაძლებელია რუბრიკის - „სხვა“ არჩევა.

იმუნიზაციის გრაფაში შესაძლებელია გამოჩნდეს იმუნიზაციის ელექტრონულ სისტემასთან სინქრონიზებული ინფორმაცია და ეს ინფორმაცია ემატება ექიმის მიერ შეტანილ ინფორმაციას.

სკრინინგის - ჩამონათვალში გამოჩნდება “C” ჰეპატიტის სკრინინგის ელექტრონულ სისტემასთან სინქრონიზებული ინფორმაცია და ეს ინფორმაცია ემატება ექიმის მიერ შეტანილ ინფორმაციას.

ორსულობა - სინქრონიზდება დედათა და ბავშვთა ელექტრონულ სისტემასთან, პრიორიტეტი ენიჭება პაციენტის ინფორმაციის საფუძველზე ექიმის მიერ შეტანილ მონაცემებს.

ივსება სტაციონარის მსგავსად.

ალერგიები და გვერდითი რეაქციები

„**ალერგია სამკურნალო საშუალების მიმართ**“ სექციის შევსებისას აუცილებელია იმ ველების შევსება, სადაც მიეთითება ის მედიკამენტი და კომპონენტი, რომელზეც გამოვლინდა ალერგია, ამიტომ თუ შეუძლებელია აღნიშნული ინფორმაციის დადგენა მისათითებელი კომპონენტის დონეზე, შესაძლებელია ეს სექცია საერთოდ არ შეივსოს. ხოლო **ექიმის დაზუსტების** ველში ექიმი აზუსტებს ალერგიასთან ან გვერდით რეაქციასთან დაკავშირებულ მნიშვნელოვან ასპექტებს.

„**სხვა ალერგია და გვერდითი რეაქცია**“ სექციის შევსებისას **ექიმის დაზუსტების** ველში ექიმს ტექსტურად შეაქვს სხვა ალერგიასთან ან გვერდით რეაქციასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი ასპექტები, მაგ. ალერგია ნაკბენზე, სეზონური ალერგია, ალერგია თაფლზე და ა.შ.

ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდი ეპიზოდის მონაცემები

აღნიშნულ სექციაში **სამედიცინო მომსახურების ტიპის** ველი წარმოადგენს არააქტიურ ველს (ნაცრისფერი ველი), რომელშიც ავტომატურად გადმოდის ახალი ეპიზოდის შევსების დაწყებისას „**სამედიცინო მომსახურების ტიპის**“ სექციაში არჩეული მომსახურება. ამ სექციის შევსებისას აუცილებელია პაციენტის **სამედიცინო ბარათის/ავადმყოფობის ისტორიის ნომრის** მითითება, რომელიც უნიკალური უნდა იყოს ყველა დაწესებულებისთვის ამ დაწესებულების დონეზე ამ კონკრეტული პაციენტისთვის (**ამ ველში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია**). ასევე, აუცილებელია ზუსტად მიეთითოს პაციენტის **შემოსვლის თარიღი და დრო** წუთების სიზუსტით (**ამ ველში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია**). ხოლო პაციენტის **გაწერის თარიღი და დრო** შესაძლებელია მიეთითოს პაციენტის გაწერისას, ანუ ეპიზოდის დასრულებისას (**ამ ველში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია ეპიზოდის დასრულებამდე**). თუ პაციენტი დაწესებულებაში ყოფნდება 24 საათზე ნაკლებ ხანს, ყურადღება მიაქციეთ, რომ „**გაწერის**“ გრაფის „**ჰოსპიტალიზაციის გამოსავლის**“ სექციის „**ჰოსპიტალიზაციის შედეგის**“ ველში მითითებული უნდა იყოს ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი: შეწყვეტილი მკურნალობა, გადაყვანილია სხვა სტაციონარში, გარდაიცვალა; წინააღმდეგ შემთხვევაში სისტემა არ მოგცემთ საშუალებას ეპიზოდი დაასრულოთ პაციენტის დაწესებულებაში 24 საათზე ნაკლები ვადით დაყოვნების მითითებით. (იხ. **გაწერა/დასრულება, ჰოსპიტალიზაციის გამოსავალი**) ექიმის **პირადი ნომრისა და დაბადების თარიღის** ველები ივსება ავტომატურად. ამავე სექციაში მოცემულია **ქეისის ნომრის** ველი, რომელიც ეპიზოდის მიმდინარეობისას, არააქტიური (ინფორმაციული) ველია, რადგან ამ ნომრის მითითება ხდება ეპიზოდის დასრულებისას. **ქეისის ნომერი** გულისხმობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში ამ

შემთხვევისთვის მინიჭებულ უნიკალურ ნომერს. ასეთის არსებობის შემთხვევაში ნომრის შეტანა აუცილებელია ეპიზოდის დასრულებისას. (იხ. დოკუმენტის ბოლოს აუცილებელი ველები) ეპიზოდის მონაცემების სექციაში არსებული სხვა ველები ივსება სტაციონარის მსგავსად.

დროებით გადაყვანა

აღნიშნული სექცია გამოიყენება ჰოსპიტალიზაციის ერთი ეპიზოდის ფარგლებში ამ ეპიზოდის წყვეტის აღწერისთვის.

წყვეტა შეიძლება განპირობებული იყოს ერთი (ძირითადი) სტაციონარიდან სხვა სტაციონარში დროებით გადაყვანით, როდესაც პაციენტი საჭიროებს განსხვავებული დიაგნოზით დამატებით მკურნალობას, ხოლო ძირითად სტაციონარს შესაბამისი პროფილი არ გააჩნია. აუცილებელი პირობაა პაციენტის უკან ძირითად სტაციონარში დაბრუნება.

მაგალითად, თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფილის დაწესებულებაში (ძირითადი სტაციონარი) მკურნალობის პერიოდში პაციენტი დროებით გადაყვანილია ტრავმატოლოგიური პროფილის დაწესებულებაში (მეორე სტაციონარი) შესაბამისი პროფილის დიაგნოზით და აღნიშნულ დაწესებულებაში მკურნალობის დასრულების შემდეგ პაციენტი ექვემდებარება ძირითად სტაციონარში დაბრუნებას, მაშინ აღიწერება პაციენტის ძირითადი სტაციონარიდან გასვლის ანუ გადაყვანის თარიღი და დრო და უკან დაბრუნების თარიღი და დრო.

ამგვარად ძირითად სტაციონარში პაციენტის ეპიზოდი გრძელდება, მაგრამ „დროებით გადაყვანის“ სექციაში მითითებულია პერიოდი, როდესაც პაციენტი იმყოფებოდა მეორე სტაციონარში.

პასუხისმგებელი პირები

ამ სექციაში, პირველად, ავტომატურად დაფიქსირებულია ეპიზოდის პირველი ავტორი ექიმი, რომელსაც საშუალება ეძლევა დილაკის - „დამატება“ - მეშვეობით ეპიზოდის თანავტორი გახადოს იგივე დაწესებულების სხვა ექიმებიც, კონკრეტულად კი ისინი, ვინც ამ ეპიზოდის ფარგლებში მონაწილეობენ პაციენტის მკურნალობაში. შექმნილი ჯგუფის ყველა წევრ ექიმს, ინფორმაციის შეტანასთან დაკავშირებით, ენიჭება თანაბარი უფლებები და ვალდებულებები. დაწესებულების ექიმის არჩევა ხდება პირადი ნომრის მითითებით.

დაავადების ანამნეზი

ამ სექციის შევსებისას უნდა მიეთითოს **განყოფილება/სერვისი/საწოლის პროფილის ნომერი**. თუ პაციენტის შემოსვლის შემდეგ მისი მოთავსება მოხდა დაწესებულების სხვადასხვა პროფილის განყოფილება/სერვისი/საწოლზე, შესაძლებელია, რომ ამ ველში მოხდეს მათგან მხოლოდ ერთ-ერთის მითითება. ამ სექციაში ასევე მიეთითება, **ტრანსპორტირების სახეობა, გამომგზავნი დაწესებულების სახელი** და გამომგზავნი დაწესებულებაში მიმართვის ზუსტი თარიღი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). ჰოსპიტალიზაციის ტიპის ველში ჩამოთვლილია შემდეგი: გადაუდებელი (კრიტიკული), სასწრაფო დაყოვნებული, გეგმიური; ჩამოთვლილიდან მხოლოდ „გეგმიურის“ და „სასწრაფო დაყოვნებულის“ არჩევის შემთხვევაში მოგცემთ სისტემა უფლებას, რომ კლინიკურ-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევების, სხვა აქტივობის და კონსულტაციების შედეგის მიღების თარიღში მიუთითოთ პაციენტის ჰოსპიტალში შემოსვლამდე წინმსწრები თარიღი. ასევე, მისათითებელია **ჩივილები**, სადაც ექიმი მოკლედ აღწერს იმ ჩივილებს, სიმპტომებს, რასაც პაციენტი უყვება მას. ველში „ჰოსპიტალიზებულია ამ დაავადების გამო“ ინფორმაცია ექიმმა უნდა შეიტანოს მის ხელთ არსებული ინფორმაციის (პაციენტის გამოკითხვის/შესაბამისი დოკუმენტის) საფუძველზე. ამ სექციაში

ინფორმაციის შევსება აუცილებელია.

წინასწარი დიაგნოზი

წინასწარი დიაგნოზის ICD-10 კოდის მითითება ხდება პაციენტის კლინიკაში შესვლის მომენტში დადგენილი წინასწარი დიაგნოზის შესაბამისი დონის ICD-10 კოდით. აუცილებელი და საკმარისია ერთი დიაგნოზის მითითება. ამავე დროს, პაციენტის შესვლიდან 3 დღის ვადაში, ექიმი წერს **კლინიკურ დიაგნოზს**. მაგალითად, თუ პაციენტს აღენიშნება პნევმონია, ექიმი აზუსტებს პნევმონია ცალმხრივია თუ ორმხრივი, რა სიმწვავეთ მიმდინარეობს, რის საფუძველზე გაკეთდა დასკვნა და ა.შ. კლინიკური დიაგნოზის დადგენის თარიღში ეთითება მხოლოდ თარიღი. **ამ სექციაში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია.**

მკურნალობის პროცესი

დაკვირვება/ზედამხედველობის სექცია მოიცავს ისეთ პროცედურებს, რომლებიც აღწერილია, მაგალითად, შემდეგი NCSP კოდებით: ZYZX80, ZZZX00 და ა.შ; თითოეული პროცედურის NCSP კოდი უნდა დაფიქსირდეს ცალ-ცალკე. **აქტივობის შედეგი/ ექიმის კომენტარში** ექიმი აზუსტებს დაკვირვების დროს გამოვლენილ მნიშვნელოვან ასპექტებს, ასევე აქტივობის შედეგს.

მოვლის ტიპში ჩამოთვლილთაგან (თერაპიული; ინტენსიური; რეანიმაციული; ქირურგიული) არჩეული უნდა იქნას ერთ-ერთი იმის მიხედვით, თუ რომელი მოვლის ტიპში მოხდა აღნიშნული გამოკვლევის/პროცედურის/კონსულტაციის განხორციელება.

ინტენსიური მოვლის სექციაში ცალ-ცალკე უნდა შეივსოს რეანიმაციული მოვლის შესაბამისი დონე და NCSP კოდები. **მოვლის დონეში** შესაძლებელია აირჩიოს ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი: I დონე, II-III დონე. **შედეგის მიღების თარიღში** მიეთითება პროცედურის დასრულების თარიღი და დრო წუთების სიზუსტით, აქედან გამომდინარე, სექციაში ინფორმაცია აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული აქტივობა. **აქტივობის შედეგი/ ექიმის კომენტარში** ექიმი მიუთითებს ინტენსიური მოვლის დროს გამოვლენილ ძირითად ასპექტებზე, ასევე ავსებს აქტივობის შედეგს. **მოვლის ტიპში** ჩამოთვლილთაგან (თერაპიული; ინტენსიური; რეანიმაციული; ქირურგიული) არჩეული უნდა იქნას ერთ-ერთი იმის მიხედვით, თუ რომელი მოვლის ტიპში მოხდა აღნიშნული გამოკვლევის/პროცედურის/კონსულტაციის განხორციელება. **ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.**

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის სექციაში ივსება შესაბამისი NCSP კოდები. სისტემაში აუცილებელია აიტვირთოს ყველა ის ჩატარებული გამოკვლევა/პროცედურა, რომლებიც, თავისი არსით, წარმოადგენენ საფუძველს/შემადგენელ ნაწილს სამკურნალო ღონისძიებების დაწყების, გაგრძელების ან დასრულებისათვის. ასეთი გამოკვლევების/პროცედურების შეტანის შემდეგ **აქტივობის შედეგი/ექიმის კომენტარის** ველში იწერება პროცედურის შედეგად მიღებული მნიშვნელოვანი (და არა ყველა) მონაცემი, რომლებიც უშუალოდ ზემოქმედებენ მკურნალობის პროცესზე. ასევე, მიეთითება კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის პასუხის მიღების ანუ **შედეგის მიღების თარიღი და დრო** წუთების სიზუსტით, აქედან გამომდინარე, გამოკვლევა აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული, სათანადო შედეგის მქონე პროცედურა.

მოვლის ტიპში ჩამოთვლილთაგან (თერაპიული; ინტენსიური; რეანიმაციული; ქირურგიული)

არჩეული უნდა იქნას ერთ-ერთი იმის მიხედვით, თუ რომელი მოვლის ტიპში მოხდა აღნიშნული გამოკვლევის/პროცედურის/კონსულტაციის განხორციელება.

ამავდროულად, ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონულ ჩანაწერების (EHR) სისტემაში შეტანილი ინფორმაცია ეფუძნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ ინფორმაციას, შესაბამისად, გეგმიური ჩარევების ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების დროს კლინიკურ-დიაგნოსტიკურ გამოკვლევების თარიღებში შესაძლებელია მიეთითოს გეგმიური ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალური მომსახურების (ეპიზოდის) დაწყებამდე წინმსწრები თარიღიც, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დაავადების ანამნეზის ჰოსპიტალიზაციის ტიპში მიეთითოს „გეგმიური“ ან „სასწრაფო დაყოვნებული“. (იხ. ზემოთ, დაავადების ანამნეზი)

წინასაოპერაციო კვლევები, რომლებიც ფინანსურად ეკუთვნის კონკრეტული ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდს, უნდა აიტვირთოს აღნიშნულ სტაციონარულ ეპიზოდში, ხოლო თუ კვლევები არის დიაგნოსტიკური, მაშინ ის უნდა იყოს ცალკე ამბულატორიულ ეპიზოდად ატვირთული.

ნებისმიერი კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კვლევა, მიუხედავად იმისა, თუ სად ტარდება აღნიშნული, და მისი შედეგი წარმოადგენს იმ მკურნალობის ეპიზოდის სამედიცინო ჩანაწერის ნაწილს, რომლის გამოც გაკეთდა აღნიშნული კვლევა/პროცედურა. აქედან გამომდინარე, თუ აღნიშნული ეპიზოდი ექვემდებარება EHR სისტემაში ატვირთვას, მაშინ მის ფარგლებში უნდა დაფიქსირდეს ეს კვლევაც, თუ მკურნალობის ეპიზოდის სისტემაში შეტანის ვალდებულება არ დგას, მაშინ ეს პროცედურა/კვლევაც არ შეიტანება სისტემაში.

სისხლის გადასხმა - სისხლის ყველა სხვადასხვა კომპონენტის გადასხმა უნდა აიტვირთოს ცალ-ცალკე. სისხლის ერთიდაიგივე კომპონენტის გადასხმის შემთხვევაში შესაძლებელია ეს სექცია შეივსოს ერთხელ, „ექიმის მიერ დაზუსტების“ ველში ექიმი აზუსტებს პროცედურის დროს გამოვლენილ მნიშვნელოვან ასპექტებს, ხოლო **რაოდენობაში** მიეთითება სისხლის კონკრეტული კომპონენტის რაოდენობა მილილიტრებში. სისხლის გადასხმის სექციას არ გააჩნია თარიღისა და დროის მისათითებელი ველი, რადგან ამ პროცედურის ჩატარების თარიღი ავტომატურად გულისხმობს პაციენტის შემოსვლის თარიღიდან გაწერის თარიღამდე არსებულ მთლიან პერიოდს. **მოვლის ტიპში** ჩამოთვლილთაგან (თერაპიული; ინტენსიური; რეანიმაციული; ქირურგიული) არჩეული უნდა იქნას ერთ-ერთი იმის მიხედვით, თუ რომელი მოვლის ტიპში მოხდა აღნიშნული გამოკვლევის/პროცედურის/კონსულტაციის განხორციელება. **ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.**

ქირურგიული ჩარევის სექციაში მიეთითება ყველა ქირურგიული ჩარევის და ანესთეზიის/გაუტკივარების (NCSP- ში WA კოდები) სახეობა ცალ-ცალკე NCSP კოდების საშუალებით, იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც ორი ან მეტი სახის ჩარევა მიმდინარეობს ერთი ოპერაციის ფარგლებში. ქირურგიული ჩარევის დასრულების თარიღი და დრო შეიძლება განსხვავებული იყოს ანესთეზიის დასრულების თარიღისა და დროისგან. ამასთან, სექციაში ინფორმაცია აღირიცხება ამ თარიღისა და დროის მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული აქტივობა. **აქტივობის შედეგი/ ექიმის კომენტარში** მიეთითება ქირურგიული ჩარევის ან ანესთეზიის დროს გამოვლენილი მნიშვნელოვანი ასპექტები. **ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.**

თანმხლები აქტივობის სექციაში იტვირთება ისეთი სახის ინფორმაცია, NCSP კოდების მითითებით, რომელიც ვერ ხვდება მკურნალობის პროცესის სხვა ველებში, მაგალითად, როდესაც ექიმი ატარებს

დამატებით აქტივობებს პაციენტის მდგომარეობის დამძიმებისას ან საყურადღებო პაციენტს უტარდება დამატებითი ჩარევა/კვლევა, მ.შ., გადაუდებელი თერაპიული მკურნალობა, ინტუბაცია, დრენირება, ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია და ა.შ. **შედეგის მიღების თარიღში** მიეთითება პროცედურის დასრულების თარიღი და დრო წუთების სიზუსტით, აქედან გამომდინარე, სექციაში ინფორმაცია აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული პროცედურა. **აქტივობის შედეგი/ექიმის კომენტარში** - კონკრეტული აქტივობის დროს გამოვლენილი მნიშვნელოვანი ასპექტები.

მოვლის ტიპში ჩამოთვლილთაგან (თერაპიული; ინტენსიური; რეანიმაციული; ქირურგიული) არჩეული უნდა იქნას ერთ-ერთი იმის მიხედვით, თუ რომელი მოვლის ტიპში მოხდა აღნიშნული გამოკვლევის/პროცედურის/კონსულტაციის განხორციელება.

ამავდროულად, ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონულ ჩანაწერების (EHR) სისტემაში შეტანილი ინფორმაცია ეფუძნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ ინფორმაციას, შესაბამისად, გეგმიური ჩარევების ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების დროს სხვა აქტივობების თარიღებში შესაძლებელია მიეთითოს გეგმიური ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალური მომსახურების (ეპიზოდის) დაწყებამდე წინმსწრები თარიღიც, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დაავადების ანამნეზის ჰოსპიტალიზაციის ტიპში მიეთითოს „გეგმიური“ ან „სასწრაფო დაყოვნებული“. (იხ. ზემოთ, დაავადების ანამნეზი)

წინასაოპერაციო კვლევები, რომლებიც ფინანსურად ეკუთვნის კონკრეტული ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდს, უნდა აიტვირთოს აღნიშნულ სტაციონარულ ეპიზოდში, ხოლო თუ კვლევები არის დიაგნოსტიკური, მაშინ ის უნდა იყოს ცალკე ამბულატორიულ ეპიზოდად ატვირთული.

ლაბორატორიული გამოკვლევების სექციაში შესაძლებელია შეტანილი იქნას ლაბორატორიულ კლასიფიკატორში არსებული შესაბამისი კოდები ან ისეთი ლაბორატორიული კვლევები, რომლებიც არ არიან მოცემულნი ლაბორატორიულ კლასიფიკატორში. სისტემაში აუცილებელია, რომ აიტვირთოს ყველა ის ჩატარებული გამოკვლევა, რომლებიც, თავისი არსით, წარმოადგენენ საფუძველს/შემადგენელ ნაწილს სამკურნალო ღონისძიებების დაწყების, გაგრძელების ან დასრულებისათვის. ასეთი გამოკვლევების შეტანის შემდეგ **აქტივობის შედეგი/ექიმის კომენტარში** ველში იწერება პროცედურის შედეგად მიღებული მნიშვნელოვანი (და არა ყველა) მონაცემი, რომლებიც უშუალოდ ზემოქმედებენ მკურნალობის პროცესზე. ასევე, მიეთითება ლაბორატორიული გამოკვლევის პასუხის მიღების ანუ **შედეგის მიღების თარიღი და დრო** წუთების სიზუსტით, აქედან გამომდინარე, გამოკვლევა აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული, სათანადო შედეგის მქონე პროცედურა. ამასთან, ჰისტომორფოლოგიური კვლევის და მისი შედეგის შეტანა, ასევე, უნდა მოხდეს შედეგის არსებობის შემთხვევაში (ანუ დასრულებული ლაბორატორიული კვლევა), რომლის შეტანაც ეპიზოდში შესაძლებელია ეპიზოდის დასრულების შემდეგაც, ასევე, დასრულებულ ეპიზოდში შესაძლებელია აღნიშნული კვლევის საფუძველზე საჭირო დაზუსტების შეტანა (იხ. გაწერის სექციის ძირითადი დიაგნოზები).

მოვლის ტიპში ჩამოთვლილთაგან (თერაპიული; ინტენსიური; რეანიმაციული; ქირურგიული) არჩეული უნდა იქნას ერთ-ერთი იმის მიხედვით, თუ რომელი მოვლის ტიპში მოხდა აღნიშნული გამოკვლევის/პროცედურის/კონსულტაციის განხორციელება.

ამავდროულად, ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონულ ჩანაწერების (EHR) სისტემაში შეტანილი ინფორმაცია ეფუძნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ ინფორმაციას, შესაბამისად, გეგმიური

ჩარევების ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების დროს კლინიკურ-დიაგნოსტიკურ გამოკვლევების თარიღებში შესაძლებელია მიეთითოს გეგმიური ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალური მომსახურების (ეპიზოდის) დაწყებამდე წინმსწრები თარიღიც, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დაავადების ანამნეზის ჰოსპიტალიზაციის ტიპში მიეთითოს „გეგმიური“ ან „სასწრაფო დაყოვნებული“. (იხ. ზემოთ, დაავადების ანამნეზი)

წინასაოპერაციო კვლევები, რომლებიც ფინანსურად ეკუთვნის კონკრეტული ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდს, უნდა აიტვირთოს აღნიშნულ სტაციონარულ ეპიზოდში, ხოლო თუ კვლევები არის დიაგნოსტიკური, მაშინ ის უნდა იყოს ცალკე ამბულატორიულ ეპიზოდად ატვირთული.

ამასთან, ეპიზოდის დასრულების შემდეგ ლაბორატორიული კვლევის პასუხის საფუძველზე შესაძლებელია მოხდეს სისტემაში უკვე შეტანილი ძირითადი დიაგნოზის დაზუსტება და დაზუსტებული ICD-10 კოდის მითითება; ასევე, სრულებით ახალი ძირითადი დიაგნოზის დამატებაც (იხ. დასკვნითი დიაგნოზის ძირითადი დიაგნოზის სექციაში).

გარკვეულ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტის საწოლთან, პორტატული აპარატის დახმარებით, მრავალჯერადად იწარმოება სხვადასხვა კვლევა (მაგ. გლუკოზის, ელექტროლიტების გაზომვა), შესაძლებელია ისინი დაფიქსირდეს ერთხელ და კომენტარში მიეთითოს ეპიზოდის განმავლობაში რამდენჯერ განხორციელდა აღნიშნული კვლევა, იქვე დაფიქსირდება მინიმალური და მაქსიმალური მაჩვენებლები და სხვა საყურადღებო ჯამური ინფორმაცია, რომელიც გამოვლინდა ამ კვლევის ჩატარებასას.

კონსულტაციების სექციაში ივსება ყველა სახის კონსულტაციის ტიპის NCSP კოდი ცალ-ცალკე. ასევე, მიეთითება ის **საექიმო სპეციალობა**, რომელი მიმართულებითაც ჩატარდა კონსულტაცია და **კონსულტაციის გამცემი ექიმის სახელი და გვარი**. კონსულტაციის ჩატარების თარიღში მიეთითება კონსულტაციის დასრულების ზუსტი თარიღი და დრო, აქედან გამომდინარე, კონსულტაცია აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული პროცედურა. **კონსულტაციის შედეგი: კომენტარი/რეკომენდაცია/დიაგნოზის** ველში მიეთითება კონსულტანტი ექიმის მიერ გაკეთებული ძირითადი დასკვნა.

მოვლის ტიპში ჩამოთვლილთაგან (თერაპიული; ინტენსიური; რეანიმაციული; ქირურგიული) არჩეული უნდა იქნას ერთ-ერთი იმის მიხედვით, თუ რომელი მოვლის ტიპში მოხდა აღნიშნული გამოკვლევის/პროცედურის/კონსულტაციის განხორციელება.

ამავდროულად, ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონულ ჩანაწერების (EHR) სისტემაში შეტანილი ინფორმაცია ეფუძნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ ინფორმაციას, შესაბამისად, გეგმიური ჩარევების ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების დროს კონსულტაციების თარიღებში შესაძლებელია მიეთითოს გეგმიური ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალური მომსახურების (ეპიზოდის) დაწყებამდე წინმსწრები თარიღიც, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დაავადების ანამნეზის ჰოსპიტალიზაციის ტიპში მიეთითოს „გეგმიური“ ან „სასწრაფო დაყოვნებული“. (იხ. ზემოთ, დაავადების ანამნეზი)

წინასაოპერაციო კვლევები/კონსულტაციები, რომლებიც ფინანსურად ეკუთვნის კონკრეტული ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდს, უნდა აიტვირთოს აღნიშნულ სტაციონარულ ეპიზოდში, ხოლო თუ კვლევები არის დიაგნოსტიკური, მაშინ ის უნდა იყოს ცალკე ამბულატორიულ ეპიზოდად ატვირთული.

სხვა რეკომენდაციებში ეთითება ნებისმიერი სახის რეკომენდაცია, რაც ექიმის მიერ ეძლევა პაციენტს; აღნიშნული რეკომენდაციები წარმოადგენენ ისეთ რეკომენდაციებს, რომლებიც არ კლასიფიცირდება,

მაგ. კვების სპეციალური რეჟიმი, მოძრაობის სპეციალური რეჟიმი და ა.შ.

დანიშნულებაში უნდა აღირიცხოს მხოლოდ სტაციონარში (პალატაში/რეანიმაციაში) დახარჯული ყველა ტიპის მედიკამენტი. **ასახვას არ ექვემდებარება** საანესთეზიო მედიკამენტები. მედიკამენტები, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდში იქნა გამოყენებული, პირველ რიგში, უნდა მოიძებნოს წამლის საძიებელში და ასე დაემატოს შესაბამის ველში (**მედიკამენტის არჩევა წამლის საძიებლიდან**), ხოლო თუ მედიკამენტი არ იძებნება საძიებელში, მას ექიმი შეიყვანს ხელით შემდეგ ველში: **„მედიკამენტი, რომელიც არ მოიძებნა საძიებელში“**.

წამლის რეგისტრაციის წესებიდან გამომდინარე (მაგ. განსხვავებული შეფუთვა/მარკირების, ან მწარმოებელი და ა.შ. გამო), წამლის საძიებელში შესაძლოა არსებობდეს ერთნაირი მახასიათებლების მქონე რამდენიმე მედიკამენტი. ასეთ შემთხვევაში შეგიძლიათ აირჩიოთ ჩამოთვლილთაგან ნებისმიერი. არჩევის დროს მნიშვნელოვანია მხოლოდ შემდეგი მახასიათებლები: სავაჭრო დასახელება, საერთ. არაპატენტ. დასახელება (გენერიკი), აქტიური ნივთიერება, პროდუქტის დეტალური აღწერილობა ქართულად (ნუმერუსის მონაცემის გარდა).

გამოწერილი რაოდენობა - ერთიდაიგივე მედიკამენტის მრავალჯერადად დანიშვნის დროს შესაძლებელია მედიკამენტის ერთხელ მითითება და რაოდენობაში ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის მთლიანი პერიოდის განმავლობაში გამოწერილი კონკრეტული მედიკამენტის საერთო ჯამური რაოდენობის დაფიქსირება. ამავდროულად, რაოდენობაში უნდა მიეთითოს წამლის საძიებლიდან არჩეული კონკრეტული მედიკამენტის ერთეულის რაოდენობა (მაგ. აბების შემთხვევაში აბების რაოდენობა, ამპულების შემთხვევაში ამპულების რაოდენობა, ტუბში არსებული მალამოს შემთხვევაში ტუბის რაოდენობა და ა.შ.). **მიღების წესში** მიეთითება დანიშნული მედიკამენტის მიღების წესები.

ამავდროულად, გამონაკლის შემთხვევებში (მაგ. ქიმიოთერაპია), როდესაც საჭიროა ერთი გენერიული ან სავაჭრო დასახელების, მაგრამ სხვადასხვა დოზის რამდენიმე მედიკამენტის ერთად აღრიცხვა (მაგ. ქიმიოთერაპიის დროს, სხვადასხვა დოზის მქონე, ერთი და იმავე გენერიული ან სავაჭრო დასახელების მედიკამენტის მიღება ერთდროულად, ერთი პროცედურით ხდება), გამონაკლისის სახით მედიკამენტების შეტანა შესაძლოა განხორციელდეს არა წამლის საძიებლიდან, არამედ ველიდან **„მედიკამენტი, რომელიც არ მოიძებნა საძიებელში“**. ამასთან, ასეთი მედიკამენტების შეტანისას მიეთითება ერთი მედიკამენტი გენერიული ან სავაჭრო დასახელებით, ხოლო რაოდენობაში - გახარჯული ჯამური დოზა და არა ერთეული.

მოვლის ტიპში ჩამოთვლილთაგან (თერაპიული; ინტენსიური; რეანიმაციული; ქირურგიული) არჩეული უნდა იქნას ერთ-ერთი იმის მიხედვით, თუ რომელი მოვლის ტიპში მოხდა აღნიშნული გამოკვლევის/პროცედურის/კონსულტაციის განხორციელება.

გაწერა/დასრულება დასკვნითი დიაგნოზი

ძირითად დიაგნოზში ივსება გაწერისას ძირითადი დაავადების ICD-10 კოდი და **ავადმყოფობის მიმდინარეობა (ამ ველებში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია)**. შესაძლებელია არსებობდეს რამდენიმე ძირითადი დიაგნოზი. **დაავადება (ICD-10) დაზუსტებული** - დაზუსტებული ძირითადი დიაგნოზი გაწერისას ივსება იმ შემთხვევაში თუ დაზუსტება მოხდა ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის განმავლობაში, მაგრამ ძირითადი დაავადების ისეთი დიაგნოზი, რომელიც ზუსტდება ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის შემდეგ, შესაძლებელია დაფიქსირდეს არარედაქტირებად რეჟიმში მყოფ

ეპიზოდშიც. ასევე, არარედაქტირებად რეჟიმში დასრულებული ეპიზოდის დროს შესაძლებელია სრულიად ახალი ძირითადი დიაგნოზის დამატებაც, რომელიც ეფუძნება ჰისტომორფოლოგიის შედეგად მიღებულ პასუხებს და ახლად დადგენილ დამატებით ძირითად დიაგნოზს.

დაავადების გართულება

შესაძლებელია დაავადების ორი ან მეტი გართულების ჩამონათვლის გაკეთება. სექციაში ივსება გაწერისას დაავადების გართულებ(ებ)ის ICD-10 კოდი და **ავადმყოფობის მიმდინარეობა. ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.**

თანმხლები დაავადება

შესაძლებელია ორი ან მეტი თანმხლები დაავადების ჩამონათვალის გაკეთება. სექციაში ივსება გაწერისას თანმხლები დაავადებ(ებ)ის ICD-10 კოდი და **ავადმყოფობის მიმდინარეობა. ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.**

ჰოსპიტალიზაციის გამოსავალი

ჰოსპიტალიზაციის შედეგის ჩამონათვალში არის ხუთი არჩევანი: (1)დასრულებული მკურნალობა, (2)შეწყვეტილი მკურნალობა, (3)გადაყვანილია სხვა სტაციონარში, (4)გარდაცვალება, (5)დაუსრულებელი. მე-2, მე-3 და მე-4 ვარიანტებიდან ერთ-ერთის არჩევის შემთხვევაში სისტემა საშუალებას იძლევა ეპიზოდი დასრულდეს 24 საათზე ნაკლებ პერიოდში. რუბრიკა „დაუსრულებელის“ არჩევა არ ეხება სტაციონარულ შემთხვევებს, იგი ეხება ისეთ შემთხვევებს, რომელშიც შესაძლებელია რამდენიმე ვიზიტის დამატება მაგ. დღის სტაციონარი.

დაავადების გამოსავალში, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებიდან გამომდინარე, შესაძლებელია 7 სხვადასხვა არჩევანის გაკეთება. ეპიზოდის შედეგში „გარდაცვალების“ ან „დაუსრულებლის“ მითითების შემთხვევაში დაავადების გამოსავლის ველი უქმდება. **გატარებული საწოდებების რიცხვი** ივსება ავტომატურად. **ამ სექციაში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია.**

გაწერის შემდგომი რეკომენდაციები

ინსტრუმენტული გამოკვლევებში ივსება ნებისმიერი ტიპის ინსტრუმენტული გამოკვლევის შესაბამისი NCSP კოდი. **აქტივობის შესრულების სარეკომენდაციო თარიღში** მიეთითება სარეკომენდაციო თარიღი (მხოლოდ თარიღი და არა დრო), როცა სასურველია პაციენტმა ჩაიტაროს შესაბამისი გამოკვლევა.

ლაბორატორიული გამოკვლევების სექციაში შესაძლებელია შეტანილი იქნას ნებისმიერი ტიპის ლაბორატორიული გამოკვლევის შესაბამისი ლაბორატორიული კოდი ან ტექსტის სახით ისეთი ლაბორატორიული კვლევები, რომლებიც არ არიან მოცემულნი ლაბორატორიულ კლასიფიკატორში. **აქტივობის შესრულების სარეკომენდაციო თარიღში** მიეთითება სარეკომენდაციო თარიღი (მხოლოდ თარიღი და არა დრო), როცა სასურველია პაციენტმა ჩაიტაროს შესაბამისი გამოკვლევა.

კონსულტაციები ამბულატორიაში

კონსულტაციის დასახელებაში (NCSP) ივსება კონსულტაციის შესაბამისი NCSP კოდი, ხოლო **საექიმო სპეციალობის დასახელებაში** ექიმი ირჩევს იმ სპეციალობას, რაშიც პაციენტს ესაჭიროება კონსულტაციის ჩატარება. **აქტივობის შესრულების სარეკომენდაციო თარიღში** მიეთითება სარეკომენდაციო თარიღი (მხოლოდ თარიღი და არა დრო), როცა სასურველია პაციენტმა ჩაიტაროს შესაბამისი გამოკვლევა.

სხვა რეკომენდაციები

სხვა რეკომენდაციებში ეთითება ნებისმიერი სახის რეკომენდაცია, რაც ექიმის მიერ ეძლევა პაციენტს; აღნიშნული რეკომენდაციები წარმოადგენენ ისეთ რეკომენდაციებს, რომლებიც არ კლასიფიცირდება (მაგ. კვების სპეციალური რეჟიმი, მოძრაობის სპეციალური რეჟიმი და ა.შ.).

დანიშნულება ელ. რეცეპტიდან

ელ. რეცეპტის სისტემაში დაფიქსირებული დანიშნულებები ინტეგრირებულია EHR-სისტემასთან და თავიდან მისი შეტანა საჭირო არ არის. თუმცა, ელექტრონული ისტორიების სისტემაში ჩანს პაციენტის გაწერის თარიღიდან 5 დღის განმავლობაში გამოწერილი ელ. რეცეპტები; ამ ვადის გასვლის შემდეგ გამოწერილი ელ. რეცეპტი სისტემაში არ გამოჩნდება. გამოწერილი ელ. რეცეპტების სიიდან შესაძლებელია რეცეპტების EHR სისტემაში ჯგუფური მონიშვნით გადმოტანა. გადმოტანის პროცედურის განმეორებით განხორციელებისას EHR სისტემაში ერთხელ უკვე გადმოტანილი ელ. რეცეპტი აღარ გამოჩნდება ელ. რეცეპტებიდან გადმოსატანსიაში.

სხვა დანიშნულება

ფიქსირდება ის დანიშნულებები, რომელიც არ არის შეტანილი ელ. რეცეპტის სისტემაში. **მედიკამენტის დასახელებაში** ექიმი მედიკამენტს ირჩევს წამლის საძიებლიდან.

ასევე, მიეთითება მედიკამენტის გამოწერის ფორმა, რომელიც შეიძლება იყოს: მხოლოდ გენერიკი; გენერიკი და სავაჭრო; მხოლოდ სავაჭრო. თუ შესაძლებელია დანიშნული მედიკამენტის დოზის ჩანაცვლება ექიმი მონიშნავს ველს „შესაძლებელია ჩანაცვლება“. **გამოწერილ რაოდენობაში** ექიმი უთითებს პაციენტისთვის გამოწერილი მედიკამენტის საერთო რაოდენობას, ასევე ეთითება მედიკამენტის მიღების წესი. **რეცეპტის ნომერი** და **რეცეპტის მოქმედების ვადა** ივსება ისეთი რეცეპტული მედიკამენტისთვის, რომლებიც არ არის გამოწერილი ელექტრონული რეცეპტების სისტემაში.

წამლის რეგისტრაციის წესებიდან გამომდინარე (მაგ. განსხვავებული შეფუთვა/მარკირების, ან მწარმოებელი და ა.შ. გამო), წამლის საძიებელში შესაძლოა არსებობდეს ერთნაირი მახასიათებლების მქონე რამდენიმე მედიკამენტი. ასეთ შემთხვევაში შეგიძლიათ აირჩიოთ ჩამოთვლილთაგან ნებისმიერი. არჩევს დროს მნიშვნელოვანია მხოლოდ შემდეგი მახასიათებლები: სავაჭრო დასახელება, საერთ.არაპატენტ. დასახელება (გენერიკი), აქტიური ნივთიერება, პროდუქტის დეტალური აღწერილობა ქართულად (ნუმერუსის მონაცემის გარდა).

ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დასრულება

ყველა საჭირო მონაცემის შევსების, მათ სრულყოფასა და სისწორეში დარწმუნების შემდეგ ექიმი ასრულებს ეპიზოდს მენიუს ზედა მარჯვენა კუთხეში არსებული ღილაკის - **„ეპიზოდის დასრულება“** - საშუალებით, რის შემდეგაც, თუ მინიმუმ ყველა აუცილებელი ველი უკვე შევსებულია (იხ. „ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდში შესატანი აუცილებელი ველები“), ჩნდება ფანჯარა, სადაც ექიმმა კიდევ ერთხელ უნდა დაადასტუროს, რომ მას სწორად აქვს არჩეული სამედიცინო დაწესებულება, შემდეგ მიუთითოს **ქვისის ნომერი** (იგულისხმებება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ელექტრონული სისტემის შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში ამ შემთხვევისთვის მინიჭებულ უნიკალური ნომერი, რომლის არსებობის შემთხვევაში მისი შეტანა აუცილებელია).

ამავე ფანჯარაში ექიმი უთითებს პაციენტთან შეთანხმებულ **ეპიზოდის სტატუსს (ან სტატუსს „სრულიად დაფარული“)**.

არსებობს რამდენიმე აუცილებელი მონაცემი, რომელთა შევსების გარეშე შეუძლებელია ეპიზოდის დასრულება. ასეთი მონაცემებია:

- 1) სამედიცინო ბარათის/ისტორიის ნომერი (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის ეპიზოდის მონაცემებში)
- 2) პაციენტის შემოსვლის თარიღი და დრო (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის ეპიზოდის მონაცემებში)
- 3) პაციენტის გაწერის თარიღი და დრო (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის ეპიზოდის მონაცემებში)
- 4) დაავადების ანამნეზი (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდში)
- 5) წინასწარი დიაგნოზი (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდში)
- 6) ჰოსპიტალიზაციის გამოსავალი (გაწერა/დასრულებაში)
- 7) ძირითადი დიაგნოზი (გაწერა/დასრულებაში, დასკვნით დიაგნოზში)

ამავდროულად, აუცილებელია შემდეგი ველების შევსება (შესაბამისი მონაცემების არსებობის შემთხვევაში):

- 8) ინტენსიური მოვლა (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის/დღის სტაციონარის ეპიზოდის, მკურნალობის პროცესში (გადაუდებელ ამბულატორიას ინტენსიური მოვლის სექცია არ გააჩნია))
- 9) სისხლის გადასხმა (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის/დღის სტაციონარის ეპიზოდის/ამბულატორიული ეპიზოდის, მკურნალობის პროცესში)
- 10) ქირურგიული ჩარევა (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის/დღის სტაციონარის ეპიზოდის/ამბულატორიული ეპიზოდის, მკურნალობის პროცესში)
- 11) დაავადების გართულება (გაწერა/დასრულებაში, დასკვნით დიაგნოზში)
- 12) თანხმობა დაავადება (გაწერა/დასრულებაში, დასკვნით დიაგნოზში)
- 13) ქეისის ნომერი (ეპიზოდის დასრულების ფორმაში); ქეისის ნომერი არის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში ამ შემთხვევისთვის მინიჭებული უნიკალური ნომერი, ასეთი ნომრის არსებობის შემთხვევაში მისი შეტანა აუცილებელია ეპიზოდის დასრულებისას.

ამ აუცილებელი მონაცემების გარდა, სხვა სექციების შევსების საჭიროება განპირობებულია თითოეული ეპიზოდის ფარგლებში ჩატარებული მკურნალობის/კვლევების/პროცედურების შესაბამისად.

ამასთან, თქვენ უნდა აირჩიოთ ეპიზოდის მონაცემთა გაზიარების/დაფარვის სტატუსი. აღნიშნულ სტატუსზე დამოკიდებული, გახდება თუ არა ხილვადი ამ ეპიზოდის მონაცემები სხვა ექიმებისთვის. სტატუსის მინიჭება უნდა მოხდეს ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტის შესაბამისად. ინფორმირებული თანხმობაზე პაციენტმა ხელი უნდა მოაწეროს და აირჩიოს სტატუსი ყოველი ეპიზოდისთვის ცალ-ცალკე.

ეპიზოდის სტატუსები

ეპიზოდის სტატუსი განსაზღვრავს დასრულებული ეპიზოდის მონაცემების ცხოვრების ანამნეზში ასახვისა და სხვა ექიმისთვის გაზიარების დაშვება/აკრძალვის საკითხს. ქვემოთ განხილულია, თუ ვის აქვს მონაცემებთან წვდომა ამა თუ იმ სტატუსის პირობებში:

- 1) სტატუსი **რედაქტირებადი** - ხედავენ: მხოლოდ ავტორი ექიმ(ებ)ი, რომელიც სისტემაში აღიარებულია ამ ეპიზოდის ავტორად/თანაავტორად;
- 2) სტატუსი **ხილული** - ხედავენ: ავტორი ექიმ(ებ)ი, რომელიც სისტემაში აღიარებულია ამ ეპიზოდის ავტორად/თანაავტორად; ამ პაციენტის სხვა ექიმები, რომლებსაც მონაწილეობა არ მიუღიათ აღნიშნული ეპიზოდის შექმნაში, მაგრამ მართავენ ამ პაციენტის მკურნალობის სხვა ეპიზოდს; თავად პაციენტი

პაციენტის გვერდის საშუალებით.

3) სტატუსი **დაფარული** - ხედავენ: ავტორი ექიმ(ებ)ი, რომელიც სისტემაში აღიარებულია ამ ეპიზოდის ავტორად/თანავტორად; თავად პაციენტი. დაფარული ინფორმაცია განსაკუთრებულ გადაუდებელ სიტუაციებში შესაძლებელია ღილაკი „ემერჯენსის“ გამოყენებით, რომლის გამოყენების მიზნების შესახებ ექიმმა სამედიცინო დოკუმენტაციაში უნდა მიუთითოს აღნიშნული ღილაკის გამოყენების აუცილებლობა.

4) სტატუსი **სრულიად დაფარული** - ხედავენ: მხოლოდ ავტორი ექიმ(ებ)ი, რომელიც სისტემაში აღიარებულია ამ ეპიზოდის ავტორად/თანავტორად; ამასთან, აღნიშნული სტატუსი არის დროებითი, რადგან მისი სტატუსი უნდა შეიცვალოს ხილულით ან დაფარულით (პაციენტის სურვილით), მას შემდეგ რაც ექიმი პაციენტს გააცნობს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობას. აღნიშნული სტატუსი შესაძლოა გამოყენებული იქნას განსაკუთრებულ შემთხვევებში და მისი გამოყენებისას ექიმმა სამედიცინო დოკუმენტაციაში უნდა მიუთითოს ამ სტატუსის გამოყენების აუცილებლობის არგუმენტები.

5) სტატუსი **კონფიდენციალური** - ხედავენ: ავტორი ექიმ(ებ)ი, რომელიც სისტემაში აღიარებულია ამ ეპიზოდის ავტორად/თანავტორად; თავად პაციენტი. „ემერჯენსი“ ღილაკით შეუძლებელია ინფორმაციის ხილვა.