

EHR სისტემაში შესატანი ინფორმაცია

ზოგადი ნაწილი

ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების (EHR) სისტემაში ინფორმაცია აისახება ყველა იდენტიფიცირებული პაციენტის შესახებ, რომლებიც მკურნალობას გადიან სტაციონარულ, დღის სტაციონარულ, გადაუდებელ და ამბულატორიულ რეჟიმში.

ამავდროულად, EHR სისტემაში მონაცემების შეტანის/გადაცემის ვალდებულება არ ვრცელდება შემდეგ მომსახურებასა და შემთხვევებზე:

- ა) სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მომსახურების მიმწოდებლებზე
- ბ) პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისის მიმწოდებლებზე (სოფლის ექიმი, ოჯახის ექიმი)
- გ) სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში კაპიტაციის წესით დაფინანსებული ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლებზე
- დ) ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი დერმატოკოსმეტოლოგიური სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებზე

ასევე, „ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების სისტემის (EHR) ფუნქციონირებისა და წარმოების წესის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 3 იანვრის №01-1/ნ ბრძანების №1 დანართის (ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების სისტემის (EHR) ფუნქციონირებისა და წარმოების წესი) პირველი მუხლის მე-6 პუნქტით განსაზღვრულია შემთხვევები, რომელზეც არ ვრცელდება ექიმის მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის EHR სისტემაში გადაცემის ვალდებულება, კერძოდ:

- ა) ხანგრძლივი, ჰოსპისური და პალიატიური სერვისის მიწოდება;
- 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 არ აქვთ მინიჭებული პირადი ნომერი;
- ე) სარეაბილიტაციო-გამაჯანსაღებელი სერვისის მიწოდება;
- ვ) იმუნოზაციის ელექტრონულ მოდულში ატვირთული შემთხვევები;
- ზ) C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამით და აივ ინფექცია/შიდსის სახელმწიფო პროგრამებით გატარებული შემთხვევები;
- თ) დიალიზის შემთხვევები;
- ი) ჰემოფილიის პროგრამით გათვალისწინებული, გაცემული მედიკამენტების შესახებ ინფორმაცია;
- კ) ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახურის მომსახურება, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მომსახურება;
- ლ) ექიმის კონსულტაციის ან მიმართვის გარეშე ჩატარებული სხვადასხვა დიაგნოსტიკური თუ ლაბორატორიული კვლევები;
- მ) ექიმის მიერ დისტანციურად განხორციელებული კონსულტაციები;
- ნ) რეპროდუქტოლოგის მიერ გაწეული მომსახურება

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.

სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში განხორციელებული სამედიცინო მომსახურების გარდა არსებული შემთხვევების დროს, როდესაც პაციენტი ექიმის კონსულტაციისა და მიმართვის გარეშე იტარებს სხვადასხვა დიაგნოსტიკურ თუ ლაბორატორიულ კვლევებს, აღნიშნული შესაძლებელია, რომ არ იქნას სისტემაში შეტანილი.

სამედიცინო მომსახურების/ეპიზოდის ტიპი

აღნიშნულ სექციაში უნდა აირჩიოთ ჩამოთვლილი ოთხი ვარიანტიდან (სტაციონარი, დღის სტაციონარი, გადაუდებელი ამბულატორია, ამბულატორიული მომსახურება) 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, სწორი მომსახურების ტიპით.

EHR სისტემაში შესატანი/გადმოსაცემი ზოგიერთი მონაცემი არ ივსება ეპიზოდის ყველა ტიპზე; ამიტომ ასეთ ინფორმაციაზე გაკეთებული დამატებითი განმარტება, თუ ეპიზოდის რომელი ტიპის შემთხვევაშია ის საჭირო.

რას გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების/ეპიზოდის თითოეული ტიპი:

ამბულატორიული მომსახურება

ვერტიკალური პროგრამებისა და საყოველთაო ჯანდაცვის გეგმიური ამბულატორიული კომპონენტის (არ ეხება ოჯახის, სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით წარმოებულ რეფერალს) ფარგლებში მიწოდებული ექიმი-სპეციალისტების მომსახურება და მათ მიერ დანიშნული კვლევები.

გადაუდებელი ამბულატორია

გადაუდებელი დახმარების 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.

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).

ამასთან, თქვენ უნდა აირჩიოთ ეპიზოდის მონაცემთა გაზიარების/დაფარვის სტატუსი (იხ. ქვემოთ). აღნიშნულ სტატუსზეა 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.**

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

ეპიზოდის სტატუსები

ეპიზოდის სტატუსი განსაზღვრავს პაციენტის მკურნალობაში ჩართული სამედიცინო პერსონალის შესაძლებლობას, დაათვალიეროს EHR სისტემაში პაციენტზე დაფიქსირებული ადრე განხორციელებული მკურნალობის ეპიზოდის მონაცემების დეტალები. სტატუსი ეპიზოდს ენიჭება მისი დასრულებისას (იხ. ეპიზოდის დასრულება); სტატუსის მინიჭება უნდა მოხდეს ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტის შესაბამისად, რომელიც ინახება სამედიცინო დოკუმენტაციასთან ერთად. **ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტი ეხება ცალკეულ ეპიზოდს, ამიტომ პაციენტმა დოკუმენტს ხელი უნდა მოაწეროს და აირჩიოს სტატუსი ყოველი ეპიზოდისთვის ცალ-ცალკე.** EHR სისტემაში ასევე რეალიზებულია ეპიზოდის სტატუსის ცვლილების ელექტრონული ინსტრუმენტიც.

ეპიზოდის სტატუსი ასევე განსაზღვრავს დასრულებული ეპიზოდის მონაცემების ცხოვრების ანაშენში 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/თანავტორად;
- 2) სტატუსი **ხილვადი** - ხედავენ: ავტორი ექიმ(ებ)ი, რომელიც სისტემაში აღიარებულია ამ ეპიზოდის ავტორად/თანავტორად; 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.
- 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 ხილვადით 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.

ცხოვრების ანამნეზი (ეპიზოდი)

ამ თავის ქვეშ განთავსებული სექციები ივსება სამედიცინო მომსახურების/ეპიზოდის ყველა ტიპისთვის.

პაციენტის მონაცემები

პაციენტის პირადი ნომერი და დაბადების თარიღი სისტემაში ავტომატურადაა შევსებული. **სისხლის ჯგუფი და რეზუსი** - პირველადად 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

პირველადად 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. მდგომარეობები.

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 სრულყოფილადაა 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/დღის სტაციონარის ეპიზოდი, გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორია

სამედიცინო ჩანაწერის 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).

„სტაციონარის“ ტიპის ეპიზოდის შემთხვევაში პაციენტის გაწერის თარიღი და დრო შესაძლებელია

მიეთითოს პაციენტის გაწერისას, ანუ ეპიზოდის დასრულებისას (ამ ველში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია ეპიზოდის დასრულებამდე). თუ პაციენტი დაწესებულებაში ყოვნდება 24 საათზე ნაკლებ ხანს, ყურადღება მიაქციეთ, რომ „გაწერის“ გრაფის „ეპიზოდის გამოსავლის“ სექციის „ეპიზოდის 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, ეპიზოდის გამოსავალი).

„დღის სტაციონარის“ ასევე „გადაუდებელი“ და „გეგმიური“ ამბულატორიების ტიპის ეპიზოდების შემთხვევაში ზემოთ აღნიშნული ველის მაგივრად შესავსებად აუცილებელ ველს წარმოადგენს „პირველი ვიზიტის დასრულების თარიღი და დრო“. ამ ველში ინფორმაციის შევსების გარეშე მეორე ვიზიტის დამატება შეუძლებელია (იხ. შემდეგი სექცია „განხორციელებული ვიზიტები“). ასევე ამ ველის გარეშე მთლიანად ეპიზოდს ვერ დახურავთ. ამ სექციაში წარმოდგენილი „ეპიზოდის დასრულების თარიღის და დროს“ ველი არააქტიურ ველია, სადაც ავტომატურად აისახება ბოლო ვიზიტის დასრულების თარიღი და დრო, რომელიც დაფიქსირებულია „განხორციელებული ვიზიტების“ სექციაში.

თუ ეპიზოდი ერთვიზიტია, მაშინ „პირველი ვიზიტის დასრულების თარიღის და დროს“ ველში შეივსება ამ ერთი ვიზიტის დასრულების თარიღი და დრო წუთების სიზუსტით, რაც ავტომატურად გადავა ეპიზოდის დასრულების მაჩვენებლად. ერთვიზიტთან ეპიზოდში პაციენტის დაყოვნების დრო (ანუ სხვაობა პირველი ვიზიტის დასრულების თარიღსა და პაციენტის შემოსვლის თარიღს შორის არ უნდა აღემატებოდეს 24 საათს.

თუ ეპიზოდი მრავალვიზიტია, მაშინ ეპიზოდის დასრულების თარიღი და დრო იქნება ბოლო ვიზიტის დასრულების თარიღი და დრო; ამავე დროს 24 საათიანი შეზღუდვის პირობა თვითონ ეპიზოდზე აღარ ვრცელდება და ეს პირობა გადადის ვიზიტებზე, ანუ თითოეული ვიზიტის ფარგლებში დაყოვნების დრო არ უნდა აღემატებოდეს 24 საათს.

ეპიზოდის ყველა ტიპზე 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. შესაძლებელია ერთზე მეტი ქეისის ნომრის შეტანა. ასეთის არსებობის შემთხვევაში ნომრის შეტანა აუცილებელია ეპიზოდის დასრულებისას. (იხ. დოკუმენტის ბოლოს აუცილებელი ველები)

ეპიზოდის მონაცემების სექციაში არსებული სხვა ველები ივსება სტაციონარის მსგავსად.

დროებითი გადაყვანა

სექცია ივსება მხოლოდ სტაციონარის ტიპის ეპიზოდზე.

ამ სექციაში მონაცემის შეტანა ხდება სტაციონარში განთავსებული პაციენტის სხვა დაწესებულებაში დროებით გადაყვანის საჭიროების დადგომის შემთხვევაში, იმ პირობით, რომ განხორციელდება პაციენტის უკან დაბრუნება გადაყვანამდე დაწყებული მკურნალობის ეპიზოდის გასაგრძელებლად. ასეთ შემთხვევებში აუცილებელია მიეთითოს გადაყვანის დაწყებისა და დასრულების თარიღები დროის სიზუსტით; ასევე შესაძლებელია საჭიროების შემთხვევაში გაკეთდეს სათანადო კომენტარი.

დროებითი გადაყვანის საჭიროება შეიძლება დადგეს იმ შემთხვევებში, როცა პაციენტის ხანგრძლივი პერიოდით მკურნალობს და საჭირო შეიქნა მისი გადაყვანა სხვა დაწესებულებაში ამ სტაციონარისთვის შეუძლებელი სერვისის გაწევის მიზნით, რის შემდეგაც ის უნდა დაბრუნდეს პირვანდელ სტაციონარში და გააგრძელოს ადრე დაწყებული მკურნალობა. ასეთ შემთხვევებში აღნიშნული მკურნალობის ეპიზოდი გრძელდება; ამიტომ, დაბრუნებულ პაციენტზე არ ფიქსირდება ახალი ეპიზოდი (შემთხვევა).

განხორციელებული ვიზიტები

სექცია ივსება „დღის სტაციონარის“, ასევე „გადაუდებელი“ და „გეგმიური“ ამბულატორიების ტიპის ეპიზოდებზე.

თუ ეპიზოდი შეიცავს ერთზე მეტ ვიზიტს (იხ. მაგალითი ამ სექციის ბოლოს), დღის სტაციონარის ეპიზოდის/ამბულატორიული ეპიზოდის „ეპიზოდის მონაცემებში“ შეტანილი პაციენტის შემოსვლისა და

პირველი ვიზიტის დაწყებისა და დასრულების თარიღებში მითითებული თარიღი და დრო ავტომატურად ჩაჯდება **პირველი ვიზიტის დაწყებისა და დასრულების თარიღებში**. მეორე ვიზიტის დამატების შემთხვევაში აუცილებელია, რომ ეპიზოდის მონაცემების სექციაში, პირველ ვიზიტზე, მითითებული იყოს დასრულების თარიღი. დამატებითი ვიზიტების შეტანისას ბოლო ვიზიტის დასრულების თარიღი, ავტომატურად აისახება „ეპიზოდის მონაცემების“ სექციაში, როგორც **ეპიზოდის დასრულების თარიღი**. თუ ეპიზოდი ერთ ვიზიტია, „განხორციელებული ვიზიტების“ სექციაში არაფრის ჩაწერა აღარაა საჭირო, რადგან „ეპიზოდის მონაცემების“ ფორმაში შეტანილი ინფორმაცია ავტომატურად ქმნის ერთ, ძირითად ვიზიტს, რომელიც ჩანს განხორციელებული ვიზიტების ცხრილში, მას არ აქვს წაშლის/რედაქტირების ღილაკები, რადგან მისი რედაქტირება შესაძლებელია „ეპიზოდის მონაცემების“ ფორმიდან.

თუ ეპიზოდი ერთვიზიტია, პაციენტის დაყოვნების დრო, ანუ დროის სხვაობა პირველი ვიზიტის დასრულების თარიღსა და პაციენტის შემოსვლის თარიღს შორის, რომელიც მოცემულია ეპიზოდის მონაცემების ფორმაში, არ უნდა აღემატებოდეს 24 საათს, პირველი ვიზიტის დასრულება გაიგივებულია ეპიზოდის დასრულებასთან.

თუ ეპიზოდი მრავალვიზიტია, მაშინ ეპიზოდზე აღარ ვრცელდება 24 საათიანი შეზღუდვის პირობა და ეს პირობა გადადის ვიზიტებზე, ანუ თითოეული ვიზიტის ფარგლებში დაყოვნების დრო არ უნდა აღემატებოდეს 24 საათს. ასევე, ყოველი ვიზიტის დაწყებისა და დასრულების თარიღებს (დროის სიზუსტით) არ უნდა ჰქონდეთ თანაკვეთა ამ ეპიზოდის სხვა ვიზიტების თარიღებთან (დროის სიზუსტით).

მაგალითი:

თუ განვიხილავთ ქიმიოთერაპიის პროცედურებს, იმის გათვალისწინებით, რომ EHR ეპიზოდის შეტანა/გადმოცემა უნდა დასრულდეს ეპიზოდის დასრულებიდან მაქსიმუმ 14 დღეში, შესაძლებელია შემდეგი ვერსიები:

1. პროცედურები, რომლებიც შედგება რამდენიმე კურსისგან და მათგან თითოეული შესაძლოა განიხილებოდეს, როგორც ერთი დამოუკიდებელი, ერთვიზიტია ეპიზოდი. ასეთი ეპიზოდი შეიტანება ეპიზოდის მონაცემებში, სადაც პირველი ვიზიტის დასრულების თარიღი გაიგივდება ეპიზოდის დასრულების თარიღთან. ასეთი ეპიზოდი უნდა დასრულდეს კურსის დასრულებიდან მაქსიმუმ 14 დღეში.
2. პირველი ვერსიის მსგავსად, ერთი კურსი ერთი დამოუკიდებელი ეპიზოდია, მაგრამ ის შედგება რამდენიმე ვიზიტისგან. ასეთ შემთხვევაში თითოეული კურსი აღირიცხება ერთ, მრავალვიზიტია ეპიზოდად და კურსში შემავალი ვიზიტები შეიტანება ამავე ეპიზოდში, განხორციელებული ვიზიტების ცხრილში. ასეთი ეპიზოდის დასრულება მოხდება სრული კურსის ჩატარების შემდეგ ამ მიზნით განხორციელებული ყველა ვიზიტის აღრიცხვით. ამგვარად, ასეთი ეპიზოდი უნდა დასრულდეს რამდენიმე ვიზიტია ეპიზოდის დასრულებიდან მაქსიმუმ 14 დღეში.
3. შესაძლებელია, რომ ცალკეულ დაწესებულებებში ქიმიოთერაპიის ყველა კურსის ერთობლიობა განიხილებოდეს ერთ ეპიზოდად, ამ შემთხვევაში ყველა ვიზიტი, რომელიც განხორციელდა ამ ქიმიოთერაპიის პროცედურების მიზნებისთვის (პირველი კურსიდან ბოლო კურსის ჩათვლით პერიოდში), შეიტანება ამ ეპიზოდში და ასეთი ეპიზოდი უნდა დასრულდეს ბოლო კურსის დასრულებიდან მაქსიმუმ 14 დღეში.

ალტერნატივის სახით შესაძლებელია ვიმოქმედოთ პირველი ან მეორე ვარიანტის მიხედვით, ხოლო ეპიზოდის მთლიანობის შესანარჩუნებლად, ეპიზოდის დასრულებისას, „ეპიზოდის გამოსავლის“ სექციაში არსებული „შედეგის“ ველში მიუთითეთ „დაუსრულებელი“ (იხ. ეპიზოდის გამოსავალი); შემდეგი კურსის მონაცემების ამავე ეპიზოდზე მისატვირთად საჭიროა ეპიზოდის გადაყვანა რედაქტირებად რეჟიმში და ახალი მონაცემების შეტანა.

გრძლევადიანი მკურნალობის ეპიზოდების შემთხვევაში (მაგალითად, იგივე ქიმიოთერაპიის კურსების ერთობლიობა) ეპიზოდად შეიძლება განიხილებოდეს თითოეული კურსი (ანუ პირველი ან

მეორე ვარიანტი, ასევე მესამე ვარიანტში აღწერილი ალტერნატიული ვერსია).

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

„სტაციონარის“ ტიპის ეპიზოდის შემთხვევაში 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.

ყველა ტიპის ეპიზოდისთვის მიეთითება **ტრანსპორტირების სახეობა, გამომგზავნი დაწესებულების სახელი** და გამომგზავნი დაწესებულებაში მიმართვის **თარიღი** (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). **შემთხვევის/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, ასევე კონსულტაციების შედეგის მიღების თარიღში მიუთითოთ პაციენტის ჰოსპიტალში შემოსვლამდე წინმსწრები თარიღი. ასევე, მისათითებელია **ჩვილები/სიმპტომები/მოკლე ანამნეზი**, სადაც ექიმი მოკლედ აღწერს იმ ჩვილებს, სიმპტომებს, რასაც პაციენტი უყვება მას. ასევე ის სიმპტომები, რასაც პირველადი გასინჯვისას გამოავლენს ექიმი. ამავე ველში იწერება მოკლე ანამნეზიც.

„სტაციონარის“ ტიპის ეპიზოდის შემთხვევაში, ველში „**ჰოსპიტალიზებულია ამ დაავადების გამო**“ ინფორმაცია ექიმმა უნდა შეიტანოს მის ხელთ არსებული ინფორმაციის (პაციენტის გამოკითხვის/შესაბამისი დოკუმენტის) საფუძველზე. ამ სექციაში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია ეპიზოდის სხვა ტოპებზე ეს ველი არ ივსება.

წინასწარი დიაგნოზ(ებ)ი

სექცია ივსება მხოლოდ „სტაციონარის და დღის სტაციონარის ტიპების ეპიზოდზე“. **წინასწარი დიაგნოზების ICD-10 კოდების** მითითება ხდება პაციენტის კლინიკაში შესვლის მომენტში დადგენილი წინასწარი დიაგნოზების შესაბამისი დონის ICD-10 კოდებით. აუცილებელი და საკმარისია ერთი დიაგნოზის მითითება. არა აუცილებელი ველს წინასწარი დიაგნოზის აღწერის ველი და წონასწარი დიაგნოზის დადგენის თარიღის მითითება. ამ სექციაში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია.

კლინიკური დიაგნოზ(ებ)ი

სექცია ივსება მხოლოდ „სტაციონარის“ ტიპის ეპიზოდზე. პაციენტის შესვლიდან 3 დღის (72 საათის) ვადაში, ექიმი წერს **კლინიკურ დიაგნოზს**. დიაგნოზის შესაბამისი ICD-10 კოდის შევსება აუცილებელია, ხოლო **აღწერის ველში** შესაძლებელია მიეთითოს ისეთი მნიშვნელოვანი ინფორმაცია, როგორცაა, მაგალითად, შემდეგი: თუ პაციენტს აღენიშნება პნევმონია, ექიმი აზუსტებს პნევმონია ცალმხრივია თუ ორმხრივი, რა სიმწვავეთ მიმდინარეობს, რის საფუძველზე გაკეთდა დასკვნა და ა.შ. (არა აუცილებელი ველი); აუცილებელია ასევე **კლინიკური დიაგნოზის დადგენის თარიღის** და დროს შევსება. ამ სექციაში

ინფორმაციის შევსება აუცილებელია, რაც იმას ნიშნავს, რომ თუ აქ მონაცემი არ არსებობს, შემთხვევას ვერ დაასრულებთ.

გასინჯვის ფურცელი

სექცია ივსება მხოლოდ „სტაციონარის“ ტიპის ეპიზოდზე. გასინჯვის ფურცელი (კურსუსი) ივსება ჩანაწერის ფაქტიური ავტორის ან მკურნალი ექიმის მიერ, რომელიც უთითებს ჩანაწერის თარიღს და დროს, ექიმის კომენტარს/დაკვირვებას, დაგეგმილ გამოკვლევებს, პროცედურებს, დანიშნულებებსა და კონსულტაციებს; ასევე იწერება ჩანაწერის ავტორის პირადი ნომერი იმ პირობით, რომ ის უნდა იყოს მოცემული დაწესებულების ექიმი; თუ ეს მონაცემი არაა შევსებული, იგულისხმება, რომ ამ ჩანაწერის ავტორი EHR-ის შემვსები მკურნალი ექიმია; აქვე აღინიშნება დაგეგმილი პროცედურების კრიტიკულობაც შემდეგი წესით: თუ იკვეთება ექიმის მიერ გაკეთებულ ჩანაწერში მითითებული (დანიშნული) პროცედურის, ან გამოკვლევის, ან მკურნალობის, ან კონსულტაციის 24 საათის განმავლობაში ჩატარების საჭიროება, მაშინ ველში „კრიტიკულობა“ უნდა აირჩიოს „კი“, სხვა შემთხვევაში „არა“ ან არ შეავსოთ“. გასინჯვის ფურცელში ასევე უნდა შეივსოს მოვლის ველი, რომელიც მიუთითებს, თუ რომელი პროფილის მოვლისას გაკეთდა შესაბამისი ჩანაწერი. მოვლა (განყოფილება) აირჩევა შემდეგი ჩამონათვალიდან: თერაპიული, ქირურგიული, ინტენსიური და რეანიმაციული. ამ სექციაში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია.

მკურნალობის პროცესი

ზოგადი/საერთო განმარტებები მკურნალობის პროცესის ყველა სექციისთვის:

მკურნალობის პროცესის იმ სექციებში, სადაც ფიგურირებს „მოვლის“ ველი, ის აირჩევა ჩამონათვალიდან (თერაპიული, ქირურგიული, ინტენსიური და რეანიმაციული) და მიუთითებს, თუ რომელ განყოფილებაში ჩატარდა/განხორციელდა შესაბამისი ჩანაწერით განსაზღვრული პროცედურა. ასევე, მკურნალობის პროცესის აღმწერ სექციებში (გარდა ლაბ. გამოკვლევებისა და სხვა რეკომენდაციებისა) სისტემა ითხოვს იმ ICD-10 დიაგნოზის მითითებას, რომლის მიზეზითაც განხორციელდა შესაბამისი გამოკვლევა/პროცედურა/კონსულტაცია ან დაინიშნა მკურნალობა; ამ ველის შევსება ხორციელდება შემდეგი წესით: ასარჩევად გამოდის დასკვნით დიაგნოზებში (ძირითადი, თანმხლები და გართულება) მითითებული ICD-10 კოდები, რომელთაგან აღნიშნული კრიტერიუმით აირჩევა ერთერთი. თუ ჩატარებული კვლევა/პროცედურა/მკურნალობა მიეკუთვნება ერთზე მეტ (მათ შორის ძირითად) დიაგნოზს, მაშინ მასზე მიეთითება ძირითადი დიაგნოზი; თუ ჩატარებული კვლევა/პროცედურა/მკურნალობა მიეკუთვნება ერთზე მეტ დიაგნოზს და მათ შორის არაა არც ერთი ძირითადი, მაშინ მასზე მიეთითება თანმხლები დიაგნოზებიდან წამყვანი. ამ ველში მონაცემის არჩევა და დაფიქსირება აუცილებელია.

ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონულ ჩანაწერების (EHR) სისტემაში შეტანილი ინფორმაცია ეფუძნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ ინფორმაციას, შესაბამისად, გეგმიური ჩარევების ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების დროს კლინიკურ-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევების, ასევე კონსულტაციების თარიღებში შესაძლებელია მიეთითოს გეგმიური ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალური მომსახურების (ეპიზოდის) დაწყებამდე წინმსწრები თარიღიც, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალიზაციის/დღის სტაციონარის ეპიზოდის დაავადების ანამნეზის შემთხვევს/ჰოსპიტალიზაციის ტიპში მიეთითოს „გეგმიური“ ან „სასწრაფო“

დაყოვნებული“. (იხ. ზემოთ, დაავადების ანამნეზი).

აღნიშნული წინასაოპერაციო კვლევებისა და კონსულტაციების აღრიცხვა შესაძლებელია, როგორც სტაციონარულ/დრის სტაციონარულ ეპიზოდში, ასევე, ცალკე ამბულატორიულ ეპიზოდშიც, ეს დამოკიდებულია იმაზე თუ როგორ აწარმოებს დოკუმენტაციას თითოეული დაწესებულება.

ნებისმიერი კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ან ლაბორატორიული კვლევა (მიუხედავად იმისა, თუ სად ტარდება აღნიშნული), რომელიც წარმოადგენს იმ მკურნალობის ეპიზოდის სამედიცინო ჩანაწერის ნაწილს, რომლის გამოც გაკეთდა აღნიშნული კვლევა/პროცედურა, ეკუთვნის ამ ეპიზოდს. 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/კვლევა არ შეიტანება სისტემაში.

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, ყოველ მათგანზე მისათითებელია ჩარევის დაწყების და დასრულების თარიღები დროის სიზუსტით; აქტივობის შედეგი/ ექიმის კომენტარში ექიმი აზუსტებს დაკვირვების დროს გამოვლენილ მნიშვნელოვან ასპექტებს, ასევე აქტივობის შედეგს.

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. ასევე მიეთითება მოვლის დაწყების და დასრულების თარიღები დროის 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. 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. თითოეულ მათგანზე მიეთითება შედეგის მიღების თარიღი დროის სიზუსტით, 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 დაწყებისა და დასრულების თარიღი და დრო წუთების სიზუსტით. აქედან გამომდინარე, გამოკვლევა აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული, სათანადო შედეგის მქონე პროცედურა.

თანხლები 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 ამონაცემის არსებობისას, ან უკვე დასრულებული პროცედურა. **აქტივობის შედეგი/ ექიმის კომენტარში** - კონკრეტული აქტივობის დროს გამოვლენილი მნიშვნელოვანი ასპექტები.

ლაბ. გამოკვლევები (ჰისტომორფოლოგიის გარდა) - ამ სექციაში შესაძლებელია შეტანილი იქნას ლაბორატორიულ კლასიფიკატორში არსებული შესაბამისი კოდები ან ისეთი ლაბორატორიული კვლევები, რომლებიც არ არიან მოცემულნი ლაბორატორიულ კლასიფიკატორში. სისტემაში აუცილებლად უნდა აიტვირთოს ყველა ის ჩატარებული გამოკვლევა (ჰისტომორფოლოგიური კვლევის გარდა), რომლებიც, თავისი არსით, წარმოადგენენ საფუძველს/შემადგენელ ნაწილს სამკურნალო ღონისძიებების დაწყების, გაგრძელების ან დასრულებისათვის. ასეთი გამოკვლევების შეტანის შემდეგ **აქტივობის შედეგი/ექიმის კომენტარის** 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, ან უკვე დასრულებული და სათანადო შედეგის მქონე პროცედურა.

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 NCSF 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, ან უკვე დასრულებული პროცედურა. **კონსულტაციის შედეგი: კომენტარი/რეკომენდაცია/დიაგნოზის** ველში მიეთითება კონსულტანტი ექიმის მიერ გაკეთებული ძირითადი დასკვნა.

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

დანიშნულებაში უნდა აღირიცხოს ყველა ტიპის მედიკამენტი, რომლებიც სტაციონარის/დღის სტაციონარის ან ამბულატორიული ეპიზოდის მიმდინარეობისას სამედიცინო დაწესებულების მიერ იქნა გამოყენებული (გახარჯული). მედიკამენტი, პირველ რიგში, უნდა მოიძებნოს წამლის საძიებელში და ასე დაემატოს შესაბამის ველში (**მედიკამენტის არჩევა წამლის საძიებლიდან**), ხოლო თუ მედიკამენტი არ იძებნება წამლის 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.

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.

ველში **„გამოყენებულ იქნა“** მიეთითება ორი მნიშვნელობიდან ერთერთი (ანესთეზიის ეპიზოდში/ მკურნალობის პროცესში).

სისხლის გადასხმა - სისხლის ყველა სხვადასხვა კომპონენტის გადასხმა უნდა აიტვირთოს ცალ-ცალკე. სისხლის ერთი და იგივე კომპონენტის გადასხმის შემთხვევაში შესაძლებელია ეს სექცია შეივსოს ერთხელ; ივსება შემდეგი ველები: მოვლა, სისხლის კომპონენტი (აირჩევა შესაბამისი კომპონენტი), **ტრანსფუზიის ჩვენება** (ვარიანტებიდან მიეთითება შესაბამისი მიზიზი), **რაოდენობა** (მიეთითება სისხლის კონკრეტული კომპონენტის რაოდენობა მილილიტრებში); ეს ველები აუცილებლად შესავსებია; **ტრანსფუზიის ანამნეზი/ექიმის კომენტარი** ივსება საჭიროების შემთხვევაში და აქ იწერება პროცედურის მსვლელობისას გამოვლენილი მნიშვნელოვანი ასპექტები. 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. ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.

ანესთეზიის ეპიზოდი - მიეთითება ანესთეზიის **NCSP კოდი** (NCSP- ს WA კოდები), ანესთეზიის დაწყებისა და დასრულების თარიღები დროის ჩვენებით, ასევე **ანესთეზიოლოგის კომენტარი**, სადაც აღიწერება ანესთეზიის დროს გამოვლენილი მნიშვნელოვანი ასპექტები, მათ შორის გართულებები. ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.

ოპერაციის ოქმი - ივსება ყოველ ქირურგიულ ჩარევაზე ცალკეცალკე ან ერთად, თუ რამდენიმე ქირურგიული ჩარევა ერთი ოპერაციის ფარგლებში მიმდინარეობდა. სისტემაში შედის **ოქმის ნომერი** (მაგ. სპეციალურ ჟურნალში რეგისტრაციის ნომერი) და **შინაარსი**. რეკომენდებულია ჯერ ამ მკურნალობის ეპიზოდის ფარგლებში შექმნილი ყველა ოპერაციის ოქმის შეტანა იმისთვის, რომ საშუალება მოგეცეთ ქირურგიული ჩარევის სექციაში, ჩარევის NCSP კოდს კორექტულად განუსაზღვროთ საჭირო ოპერაციის ოქმი. თუ რომელიმე ოპერაციის ოქმი არ არის დაკავშირებული ქირურგიულ ჩარევასთან, შემთხვევის დასრულება შეუძლებელი იქნება, რის შესახებაც გამოვა

შესაბამისი შეტყობინება დასრულების კლავიშზე დაჭერის შემდეგ. იმ შემთხვევებში, როცა ოპერაციის ოქმი არ ივსება (მაგალითად მცირე ამბულატორიული ოპერაციები), ოქმის ნომრად შეაძლებელია მიუთითოთ სიმბოლური ნომერი „0“, ხოლო ტექსტში ჩაწეროთ „არ არის შევსებული“.

ქირურგიული ჩარევის სექციაში მიეთითება ყველა **ქირურგიული ჩარევის** სახეობა ცალ-ცალკე NCSP კოდების საშუალებით, იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც ორი ან მეტი სახის ჩარევა მიმდინარეობს ერთი ოპერაციის ფარგლებში. თითოეულ ჩარევაზე მიეთითება **დაწყებისა და დასრულების თარიღი და დრო**. ამასთან, სექციაში ინფორმაცია აღირიცხება ამ თარიღისა და დროის მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული აქტივობა. ყოველი ქირურგიული ჩარევის NCSP კოდს აუცილებლად უნდა განესაზღვროს **ოპერაციის ოქმი**, რომელიც ივსება ოპერაციის ოქმის სექციაში; NCSP კოდზე ოპერაციის ოქმის არჩევა ხორციელდება ამ სამედიცინო შემთხვევაზე (ეპიზოდზე) დაფიქსირებული ერთი ან რამდენიმე ოპერაციის ოქმების ჩამონათვალიდან; ამასთან, რამდენმე NCSP კოდზე შესაძლებელია შეივსოს ერთი ოპერაციის ოქმი. **აქტივობის შედეგი/ ექიმის კომენტარში** მიეთითება ქირურგიული ჩარევის დროს გამოვლენილი მნიშვნელოვანი ასპექტები. ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.

გაწერა/დასრულება

ჰისტომორფოლოგია

ჰისტომორფოლოგიური კვლევისთვის ცალკე სექციაა გამოყოფილი, სადაც შეიტანება ჰისტომორფოლოგიური კვლევის შემდეგი მონაცემები: აირჩევა ლაბორატორიულ კლასიფიკატორში არსებული შესაბამისი კოდები ან შეიტანება ისეთი ლაბორატორიული კვლევები, რომლებიც არ არიან მოცემულნი ლაბორატორიულ კლასიფიკატორში; კვლევის დაწყების თარიღი (იგულისხმება ჰისტომორფოლოგიური მასალის აღების თარიღი), კვლევის დასრულების თარიღი (იგულისხმება შედეგის/დასკვნის მიღების თარიღი); სტატუსი ივსება ავტომატურად კვლევის დაწყებისა და დასრულების, ასევე შედეგის შეტანის შესაბამისად; აქტივობის შედეგში/ექიმის კომენტარში იწერება კვლევის შედეგები.

ეპიზოდის დასრულებისას შესაძლებელია გვქონდეს ჰისტომორფოლოგიურ კვლევასთან დაკავშირებული შემდეგი ვერსიები:

ა) როცა ეპიზოდი არ საჭიროებს ჰისტომორფოლოგიურ კვლევას - ასეთ შემთხვევაში ეპიზოდის დასრულებისას აუცილებელია მოინიშნოს ველი „არ საჭიროებს ჰისტომორფოლოგიას“, ასეთ შემთხვევაში სისტემა დაასრულებს ეპიზოდს შემდგომში ამ სექციაში მონაცემების შეტანის უფლების გარეშე, ასევე დასკვნით დიაგნოზებზე აიკრძალება დაზუსტება/დამატება (იხ. გაწერის სექციის დასკვნითი დიაგნოზები);

ბ) თუ ჰისტომორფოლოგიის ყველა აუცილებელი მონაცემი (კვლევის დაწყების თარიღი, კვლევის დასრულების თარიღი, აქტივობის შედეგი/ექიმის კომენტარი) შევსებულია, მაშინ ეპიზოდის დასრულებამდე შესაძლებელია დასკვნითი დიაგნოზების დაზუსტება/დამატება (იხ. გაწერის სექციის დასკვნითი დიაგნოზები), ხოლო დასრულების შემდეგ ეს შესაძლებლობა აღარ იქნება;

გ) თუ თუ ჰისტომორფოლოგიის აუცილებელი მონაცემიდან შევსებულია კვლევის დაწყების თარიღი, ხოლო კვლევის დასრულების თარიღსა და აქტივობის შედეგს/ექიმის კომენტარიდან ერთი მაინც არ არის შევსებული, მაშინ ეპიზოდის დასრულების შემდეგ შესაძლებელი იქნება ამ სექციის დარჩენილი

აუცილებელი მონაცემების შეტანა, ასევე დასკვნითი დიაგნოზების დაზუსტება/დამატება (იხ. გაწერის სექციის დასკვნითი დიაგნოზები); აღნიშნული მონაცემების შემდეგ დასრულება იწვევს ბ) ვარიანტზე გადასვლას.

დასკვნითი დიაგნოზები

ძირითად დიაგნოზში ივსება გაწერისას ძირითადი დაავადების ICD-10 კოდი და **ავადმყოფობის მიმდინარეობა** (ამ ველებში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია), **დაავადება (ICD-10) დაზუსტებული** (დაზუსტებული ძირითადი დიაგნოზი) გაწერისას არ ივსება. ის ივსება იმ შემთხვევაში თუ დაზუსტება მოხდა ეპიზოდის დასრულების შემდეგ, ამიტომ ის შესაძლებელია დაფიქსირდეს არარედაქტირებად რეჟიმში მყოფ ეპიზოდშიც, რომელიც ეფუძნება ჰისტომორფოლოგიის შედეგად მიღებულ პასუხებს და ახლად დადგენილ ძირითად დიაგნოზს (იხ. ჰისტომორფოლოგიის სექცია).

დაავადების გართულება

შესაძლებელია დაავადების ერთი 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 ერთი ან მეტი თანმხლები დაავადების ჩამონათვლის გაკეთება. სექციაში ივსება გაწერისას დაფიქსირებული თანმხლები დაავადებ(ებ)ის ICD-10 კოდი და **ავადმყოფობის მიმდინარეობა**. ჰისტომორფოლოგიური კვლევის შედეგად შესაძლებელია თანმხლები დაავადების დაზუსტებაც და ახალი თანმხლები დაავადებ(ებ)ის დამატებაც (იხ. ჰისტომორფოლოგიის სექცია). ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.

ეპიზოდის გამოსავალი

ამ სექციაში ივსება შემდეგი მონაცემები: **ეპიზოდის შედეგი** (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 „დაუსრულებელი“ არჩევა არ ეხება სტაციონარულ შემთხვევებს, იგი ეხება ისეთ შემთხვევებს, რომელშიც შესაძლებელია ერთი ეპიზოდის ფარგლებში რამდენიმე ვიზიტის დამატება (მაგ. დღის სტაციონარი).

დაავადების გამოსავალში, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებიდან გამომდინარე, შესაძლებელია 7 სხვადასხვა არჩევანის გაკეთება; ამასთან, გარდაცვალების შემთხვევაში ამ ველის შევსება არ ხდება; ექიმის დაზუსტება/კომენტარის ველში აღიწერება პაციენტის მდგომარეობა გაწერის/გადაყვანის მდგომარეობით;

„სტაციონარის“ ტიპის ეპიზოდის შემთხვევაში, **გატარებული საწოლდღეების რიცხვი** ივსება ავტომატურად. ამ სექციაში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია.

ქირურგიული ჩარევების სექციაში ივსება რეკომენდებული ოპერაციული ჩარევის შესახებ მონაცემები: ICD-10 დიაგნოზი აირჩევა ამ ეპიზოდში დაფიქსირებული დასკვნითი დიაგნოზებიდან; არჩეულ დიაგნოზზე შესაძლებელია საყურადღებო კომენტარის გაკეთება ICD-10 დაზუსტება/კომენტარის ველში (არა აუცილებელი ველი); ამავე სექციაში აირჩევა რეკომენდებული ქირურგიული ჩარევა და კეთდება ასევე საყურადღებო კომენტარი არჩეულ NCSP კოდთან დაკავშირებით (არა აუცილებელი ველი).

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. ასევე შესაძლებელია ექიმის კომენტარის/რეკომენდაციის დაფიქსირება.

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. ასევე შესაძლებელია ექიმის კომენტარის/რეკომენდაციის დაფიქსირება.

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. ასევე შესაძლებელია ექიმის კომენტარის/რეკომენდაციის დაფიქსირება.

სხვა რეკომენდაციები

სხვა რეკომენდაციებში მიეთითება 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. არჩევის დროს მნიშვნელოვანია მხოლოდ შემდეგი მახასიათებლები: სავაჭრო დასახელება, საერთ.არაპატენტ. დასახელება (გენერიკი), აქტიური ნივთიერება, პროდუქტის დეტალური აღწერილობა ქართულად (ნუმერუსის მონაცემის გარდა).

ეპიზოდის დასრულება

ეპიზოდში შესატანი აუცილებელი ველები

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) **კლინიკური დიაგნოზი** (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდში)
- 7) **გასინჯვის ფურცელი** (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდში)
- 8) **ეპიზოდის გამოსავალი** (გაწერა/დასრულებაში)
- 9) **ძირითადი დიაგნოზი** (გაწერა/დასრულებაში, დასკვნით დიაგნოზში)

10) **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. შესაძლებელია ერთზე მეტი ქეისის ნორის მითითება.

ამასთან, კიდევ ერთხელ აღვნიშნავთ, რომ თქვენ უნდა აირჩიოთ ეპიზოდის მონაცემთა გაზიარების/დაფარვის **სტატუსი**. აღნიშნულ სტატუსზეა 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, ამბულატორიული სერვისების მიწოდებისას, ინფორმირებული თანხმობის შევსება ყველა ვიზიტზე არაა აუცილებელი; მაგრამ აუცილებელია მისი „განახლება“, თუ პაციენტი ცვლის თავის გადაწყვეტილებას სტუსთან დაკავშირებით.

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

ეპიზოდის დასრულება

ყველა საჭირო მონაცემის შევსების, მათ სრულყოფასა და სისწორეში დარწმუნების შემდეგ ექიმი ასრულებს ეპიზოდს მენიუს ზედა მარჯვენა კუთხეში არსებული **ეპიზოდის დასრულების** ღილაკის საშუალებით, რის შემდეგაც, თუ მინიმუმ ყველა აუცილებელი ველი უკვე შევსებულია (იხ. „ეპიზოდში შესატანი აუცილებელი ველები“), ჩნდება ფანჯარა, სადაც ექიმმა კიდევ ერთხელ უნდა დაადასტუროს, რომ მას სწორად აქვს არჩეული სამედიცინო დაწესებულება, შემდეგ მიუთითოს „ქეისის“ **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**.

ჰისტომორფოლოგიური კვლევის თაობაზე სისტემამ, ეპიზოდის დასრულებისას, შეიძლება მოითხოვოს ინფორმაციის დადასტურება („**არ საჭიროებს ჰისტომორფოლოგიას**“ - ჰისტომორფოლოგიის სექციის ვარიანტი ა); გამოიტანოს ინფორმაცია ჰისტომორფოლოგიური კვლევის სექციაში მონაცემების სისრულის შესახებ („**ელოდება ჰისტომორფოლოგიის პასუხს**“ - ჰისტომორფოლოგიის სექციის ვარიანტი გ), ან ჩათვალოს, რომ ამ სექციაში მონაცემები სრულადაა შეტანილი და არ გამოიტანოს არანაირი ინფორმაცია - ჰისტომორფოლოგიის სექციის ვარიანტი ბ).