

ვებგვერდი, 07/10/2014  
სარეგისტრაციო კოდი  
470230000.22.035.016301

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა  
და სოციალური დაცვის მინისტრის  
ბრძანება №01-74/5  
2014 წლის 7 ოქტომბერი ქ. თბილისი

**ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის განხორციელების წესების  
დამტკიცების თაობაზე**

ქალთა ჯანმრთელობისა და უსაფრთხო დედობის უზრუნველსაყოფად, ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვის თაობაზე გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის, უსაფრთხო აბორტის ხელშემწყობი სტრატეგიისათვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების გათვალისწინებით, არასასურველი ორსულობის, აბორტის შესახებ ნებისმიერი ადამიანის თავისუფალი არჩევანის უფლებისა და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის, მე-16 მუხლის პირველი პუნქტის „ვ“ ქვეპუნქტის, 139-ე და 140-ე მუხლების, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტის, მე-40 და 41-ე მუხლების, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 44-ე მუხლისა და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 61-ე მუხლის შესაბამისად, ვბრძანებ:

1. დამტკიცდეს:

- ა) დებულება ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის თაობაზე (დანართი №1);
- ბ) აბორტისწინა კონსულტაციის/წინასწარი გასაუბრების წესი (დანართი №2);
- გ) 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის სამედიცინო ჩვენებების ჩამონათვალი (დანართი №3);
- დ) სამედიცინო ჩვენებით 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესი (დანართი №4);
- ე) 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის არასამედიცინო ჩვენებათა ჩამონათვალი (დანართი №5);
- ვ) არასამედიცინო ჩვენებით ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესი (დანართი №6).

2. ძალადაკარგულად გამოცხადდეს „თორმეტ კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის სამედიცინო ჩვენებების ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 13 მარტის №30/ო ბრძანება.

3. ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა  
და სოციალური დაცვის მინისტრი

*დავით სერგეენკო*

## დებულება ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის თაობაზე

1. წინამდებარე დებულება განსაზღვრავს ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის (აბორტი) ჩატარებასთან დაკავშირებულ ღონისძიებებს სამეანო-გინეკოლოგიური პროფილის მომსახურების მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებებში.

2. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა ხორციელდება:

ა) ნებაყოფილებით (ქალის მოთხოვნის საფუძველზე) ორსულობის 12 კვირამდე (ჩათვლით);

ბ) სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების შესაბამისად ორსულობის 12-დან 22 კვირამდე.

3. 12 კვირამდე (ჩათვლით) ვადის ორსულობის ნებაყოფლობითი შეწყვეტა ნებადართულია, თუ ორსულს სამედიცინო დაწესებულებაში ჩაუტარდა წინასწარი გასაუბრება - აბორტისწინა კონსულტაცია ექიმი მეან-გინეკოლოგის მიერ და გასაუბრებიდან სამედიცინო ჩარევამდე გასულია 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა. გამონაკლისი შესაძლებელია დაშვებულ იქნეს ორსულობის მე-12 კვირაზე მიმართვისას, როდესაც კანონმდებლობით განსაზღვრული მოსაფიქრებელი პერიოდის შემდეგ იწურება ლეგალური აბორტის ვადა, რაც განაპირობებს სერვისის მიწოდების შეზღუდვას. ამ შემთხვევაში მოსაფიქრებელი პერიოდი შესაძლებელია შემცირდეს არანაკლებ 3 დღემდე.

4. სამედიცინო დაწესებულებაში ექიმი მეან-გინეკოლოგის მიერ ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით, სამედიცინო ჩარევამდე და მის შემდეგ, უნდა განხორციელდეს ქალის კონსულტირება ოჯახის დაგეგმვის საკითხებთან დაკავშირებით.

5. 10 კვირამდე ვადის ორსულობისას მედიკამენტური აბორტის განხორციელება შესაძლებელია სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლების მქონე ამბულატორიული და სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში სერტიფიცირებული ექიმ მეან-გინეკოლოგის მიერ, საჭიროების შემთხვევაში, ადეკვატური და დროული რეფერალის უზრუნველყოფის პირობით.

6. 7 კვირამდე (ჩათვლით) ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა ქირურგიული მეთოდით (მანუალური ან ელექტრული ვაკუუმ-ასპირაცია) შესაძლებელია განხორციელდეს, როგორც ამბულატორიული, ისე სტაციონარული ტიპის სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში სერტიფიცირებული ექიმ მეან-გინეკოლოგის მიერ, საჭიროების შემთხვევაში, ადეკვატური და დროული რეფერალის უზრუნველყოფის პირობით.

7. 7 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა ქირურგიული მეთოდით შესაძლებელია განხორციელდეს სერტიფიცირებული ექიმი მეან-გინეკოლოგის მიერ სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელსაც აქვს სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლება.

8. 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით, ნებისმიერი მეთოდით სამედიცინო ჩარევა ხორციელდება მხოლოდ სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლების მქონე სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში სერტიფიცირებული ექიმი მეან-გინეკოლოგის მიერ.

9. 12 კვირამდე ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო დაწესებულებაში ქალის ყველა ვიზიტი უნდა დაფიქსირდეს „ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 15 აგვისტოს №01-41/ნ ბრძანებით (შემდგომში - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 15 აგვისტოს №01-41/ნ ბრძანება) განსაზღვრულ „ამბულატორიული პაციენტის ვიზიტების და ბინაზე/ადგილზე გამოძახების რეგისტრაციის ჟურნალში“, ან „სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ ბრძანებით (შემდგომში - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ ბრძანება) განსაზღვრულ „სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალში“ (სადაც, ასევე, ფიქსირდება ვიზიტის მიზანი, მათ შორის, „აბორტისწინა კონსულტაცია“, „აბორტი“).

10. უშუალოდ ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის წინ მიღებული უნდა იქნეს ქალის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა (№2.1 ან №2.2 დანართების შესაბამისად). ორსულობის შეწყვეტის მიზნით ნებისმიერი ჩარევა უნდა დაფიქსირდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 15 აგვისტოს №01-41/ნ ბრძანების დანართი №1-ით განსაზღვრულ „ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათში“ (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა IV-№200/ა), ამავე ბრძანების დანართი №8-ით განსაზღვრულ „სამედიცინო ჩარევის ოქმში“ (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-200-7/ა) ან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ ბრძანების დანართი №1-ით განსაზღვრულ „სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში“ (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-300/ა).

11. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით, არასრულწლოვანი პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პირობები განისაზღვრება „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-40 და 41-ე მუხლების მოთხოვნათა დაცვით.

12. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო ჩარევა უნდა განხორციელდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული „ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის პროტოკოლის“ რეკომენდაციების გათვალისწინებით.

13. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო ჩარევისას უპირატესობა ენიჭება ნაკლებად დამაზიანებელ (ვაკუუმ-ასპირაცია) და ნაკლებად ინვაზიურ (მედიკამენტური აბორტი) მეთოდებს. სამედიცინო ჩარევის მეთოდის არჩევისას საბოლოო გადაწყვეტილებას იღებს პაციენტი, მას შემდეგ, რაც მას სრულყოფილად მიეწოდება ინფორმაცია ყველა შესაძლო მეთოდის შესახებ უპირატესობებისა და რისკების მითითებით.

14. დაუშვებელია სქესის შერჩევის მიზნით ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა აუცილებელია სქესთან შეჭიდული მემკვიდრეობითი დაავადების თავიდან აცილება.

## აბორტისწინა კონსულტაციის/წინასწარი გასაუბრების წესი

1. აბორტისწინა კონსულტაცია/გასაუბრება ტარდება (შემდგომში - აბორტისწინა კონსულტირება) ექიმი მეან-გინეკოლოგის მიერ, კონფიდენციალურ პირობებში, სპეციალურად ამ მიზნისათვის გამოყოფილ ექიმის საკონსულტაციო ოთახში.

2. აბორტისწინა კონსულტირების მიზანია:

ა) ინფორმაციის მიწოდება ქალისთვის გასაგებ ენაზე, არჩევანის გააზრებაში დახმარებისა და ზეწოლისგან თავისუფალი გადაწყვეტილების მიღების უზრუნველსაყოფად;

ბ) ორსულობის დადასტურება, ორსულობის საშვილოსნოსშიდა მდებარეობისა და გესტაციური პერიოდის განსაზღვრა;

გ) ქალის შესაძლო/არსებულ დაავადებათა იდენტიფიცირება, რომლებიც საჭიროებენ მართვას ან გავლენას ახდენენ აბორტის მეთოდის შერჩევაზე;

დ) ინფორმირება აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის შესახებ.

3. აბორტისწინა კონსულტირება შედგება შემდეგი ნაწილებისგან:

ა) გასაუბრება და ინფორმირება;

ბ) ანამნეზი და ფიზიკალური გამოკვლევა;

გ) ლაბორატორიული და სხვა სახის გამოკვლევები (საჭიროების მიხედვით);

დ) ოჯახის დაგეგმვა.

4. გასაუბრება ინტერაქტიული პროცესია, რომელიც მოიცავს პაციენტის მხარდაჭერას, მისთვის დამატებითი ინფორმაციის მიწოდებასა და პროფესიონალის დახმარებას აზრების, აღქმის ურთიერთგაზიარებისა და თანაგრძნობის გზით. ამ დროს აუცილებელია:

ა) ინფორმაციის მიწოდება მარტივი, გასაგები ენით;

ბ) კონფიდენციალობის დაცვის უზრუნველყოფა;

გ) მხარდაჭერა ქალის საჭიროებების მიხედვით;

დ) გასაუბრება პაციენტთან პირადი შეხედულებებისა და ღირებულებების გამოხატვის გარეშე.

5. ინფორმირება სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვანი კომპონენტია. აბორტის წინ ქალს აუცილებლად უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე:

ა) აბორტის მეთოდებსა და ტკივილის მართვის არჩევანზე;

ბ) აბორტის წინ, აბორტის დროს და აბორტის შემდგომ პერიოდში ჩასატარებელი პროცედურების შესახებ, სხვადასხვა გამოკვლევების ჩათვლით;

გ) აბორტის თაობაზე (პროცედურის ხანგრძლივობა, შესაძლო გვერდითი მოვლენები, მაგ: სისხლდენა, ტკივილი და ა.შ.);

დ) როგორ უნდა ამოიცნოს შესაძლო გართულებები და სად მიმართოს დახმარებისთვის;

ე) როდის შეძლებს დაუბრუნდეს ჩვეულებრივ მდგომარეობას, სქესობრივი აქტის ჩათვლით;

ვ) მეთვალყურეობა, არასასურველი ორსულობის პრევენციის ჩათვლით.

6. აბორტისწინა კონსულტაციის დაფიქსირება სამედიცინო დოკუმენტაციაში ხორციელდება ამ ბრძანებით დამტკიცებული დანართი №1-ის მე-9 პუნქტის შესაბამისად. ამასთან, აუცილებელია დოკუმენტაციაში კონსულტაციის ამსახველ ჩანაწერთან ერთად დაფიქსირდეს განმეორებითი ვიზიტის თარიღიც (5-დღიანი ან გამონაკლის შემთხვევაში, 3-დღიანი მოსაფიქრებელი პერიოდის გათვალისწინებით).

7. აბორტისწინა კონსულტაციის დროს პაციენტი უნდა გაეცნოს საინფორმაციო მასალას - „აბორტის პროცედურა“ - აბორტის პროტოკოლის პაციენტის ვერსიას.

8. კონსულტირების დროს ექიმის მიერ უნდა შეფასდეს ორსულობის შეწყვეტის თაობაზე ქალის გადაწყვეტილების დამოუკიდებლობისა და ზეწოლისგან თავისუფლების საკითხი. იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო პერსონალმა იცის, ან გაუჩნდა ეჭვი ქალის მიმართ სექსუალური, ან სხვა ტიპის ძალადობის შესახებ, უნდა შესთავაზონ გადამისამართება კონსულტირების და მკურნალობის სერვისების სხვა მიმწოდებლებთან საჭიროების მიხედვით.

9. აბორტისწინა კონსულტირების დროს, თუ ქალმა გადაიფიქრა აბორტის გაკეთება, ექიმი ვალდებულია მიაწოდოს მას ინფორმაცია ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისების ხელმისაწვდომობის შესახებ და დაუყოვნებლივ გადაამისამართოს ამავე, ან სხვა, პაციენტისათვის მისაღებ, დაწესებულებაში ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისის მისაღებად.

10. ორსულობის შეწყვეტის თაობაზე გადაწყვეტილების მისაღებად ქალს უნდა მიეცეს იმდენი დრო, რამდენიც ესაჭიროება, მაგრამ არანაკლებ კანონმდებლობით დადგენილისა, თუნდაც ეს ითვალისწინებდეს კლინიკაში მის ხელახლა მობრუნებას დროის გარკვეული ინტერვალის შემდეგ. თუმცა, აუცილებელია აიხსნას აგრეთვე აბორტის ადრეულ გესტაციურ ასაკში გაკეთების უპირატესობა მისი მეტი უსაფრთხოების თვალსაზრისით, გვიანდელ ასაკთან შედარებით.

11. აბორტის შესახებ არჩევანის გაკეთების შემდეგ ქალს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია მასთან დაკავშირებული ყველა საკანონმდებლო მოთხოვნის შესახებ (მოსაფიქრებელი პერიოდის, ინფორმირებული თანხმობის და სხვა).

**ინფორმირებული თანხმობა ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით ქირურგიული აბორტის სამედიცინო მომსახურებაზე**

წაიკითხეთ ყურადღებით!

მე \_\_\_\_\_ დაბადებული ----- წელს,  
(სახელი, გვარი)

მივმართე ----- სამედიცინო დაწესებულებას.

მე ინფორმირებული ვარ, ექიმის მიერ, ჩემი ორსულობის ვადაზე და ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით დაგეგმილი მაქვს ქირურგიული აბორტის გაკეთება.

მე ინფორმირებული ვარ აბორტის უარყოფით მორალურ-ეთიკური მხარეების თაობაზე.

პირადად ექიმმა განმიმარტა ოპერაციის მიზანი და არსი.

მე გაფრთხილებული ვარ ოპერაციის შესაძლო უარყოფით შედეგებსა და გართულებებზე, მათ შორის:

საშვილოსნოსა და საშოს მექანიკური ტრავმა, სისხლდენა, სისხლის შედედების მოშლა, სანაყოფე ქსოვილების ჩარჩენა, ჰემატომეტრის (საშვილოსნოს ღრუში სისხლის დაგროვება) არსებობა, ანთებითი დაავადებები, ემბოლია, ნარკოზის უარყოფითი შედეგები და ა.შ.

მე გაფრთხილებული ვარ გვერდით ეფექტებზე, მათ შორის: ტემპერატურის მომატება და შემცივნება, ტკივილი მუცლის ქვედა მიდამოში.

მე ინფორმირებული ვარ შემდგომში არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების მიზანშეწონილი საშუალებებისა და მეთოდების შესახებ.

მე თანახმა ვარ, რომ ჩემი ორსულობის შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო ჩარევა განახორციელოს ექიმმა -----

(სახელი, გვარი)

მე ინფორმირებული ვარ რისკის ხარისხზე, რაც დაკავშირებულია ოპერაციული ჩარევის მოცულობასთან, სასიკვდილო გამოსავლის ჩათვლით, ასევე ინფორმირებული ვარ აბორტის შედეგად დედათა სიკვდილობის სტატისტიკაზე საქართველოსა და მსოფლიოში.

მე გაფრთხილებული ვარ ოპერაციის შემდგომ რეჟიმსა და მისი დარღვევის შესაძლო შედეგებზე, ასევე ტკივილის შესაძლო შეგრძნებებზე.

მე მქონდა საკმარისი დრო ინფორმაციის მისაღებად, მოფიქრებისა და გადაწყვეტილების მისაღებად.

მე წავიკითხე და გავიგე, როგორც ზემოაღნიშნული, ისე ჩემთვის საჭირო ყველა ინფორმაცია და თანხმა ვარ ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო ჩარევაზე.

პაციენტის/კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერა \_\_\_\_\_

ექიმის ხელმოწერა \_\_\_\_\_

თარიღი \_\_\_\_\_

ან

მე წავიკითხე და გავიგე, როგორც ზემოაღნიშნული, ისე ჩემთვის საჭირო ყველა ინფორმაცია და უარს ვამბობ ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო ჩარევაზე.

პაციენტის/კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერა \_\_\_\_\_  
თარიღი \_\_\_\_\_

დანართი №2. 2

### ინფორმირებული თანხმობა ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით მედიკამენტური აბორტის სამედიცინო მომსახურებაზე

წაიკითხეთ ყურადღებით!

მე \_\_\_\_\_ დაბადებული ----- წელს,  
(სახელი, გვარი)

მივმართე ----- სამედიცინო დაწესებულებას.

მე ინფორმირებული ვარ, ექიმის მიერ, ჩემი ორსულობის ვადაზე და დაგეგმილი მაქვს მედიკამენტური აბორტის საშუალებით ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა.

მე ინფორმირებული ვარ აბორტის უარყოფით მორალურ-ეთიკური მხარეების თაობაზე.

მე პირადად ექიმმა განმიმარტა სამედიცინო ჩარევის მიზანი და არსი.

მე მივიღე დაწვრილებითი ინფორმაცია მედიკამენტური აბორტის მიზნით მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის გამოყენების შესახებ. ჩემთვის ცნობილია, რომ მე მივიღებ პერორალურად 200 მგ მიფეპრისტონს სამედიცინო დაწესებულებაში (ან ჩემი სურვილის შემთხვევაში, რათა დავგეგმო სისხლდენის დაწყება, შემიძლია მივიღო სახლში) და 24-48 სთ-ის შემდეგ უნდა მივიღო 400 მკგ ან 800 მკგ მიზოპროსტოლი (ან პერორალურად, ან ბუკალურად, ან სუბლინგვალურად, ან ვაგინალურად).

ჩემთვის ცნობილია რომ მედიკამენტური აბორტი არაეფექტურია 2-8 % შემთხვევაში და თან ახლავს (ტკივილი, სისხლდენა, გულისრევა, პირღებინება, თავის ტკივილი სისუტე, თავბრუსხვევა), ასევე გართულებები (პრეპარატებზე ალერგიული რეაქცია, ძლიერი სისხლდენა, სანაყოფე პარკის ნაწილების დარჩენა, ანთებითი დაავადებები, პროგრესირებადი ორსულობა). ინფორმირებული ვარ, რომ გართულებების თავიდან აცილების 100 %-იანი გარანტია არ არსებობს, თუმცა მათი სიხშირე დიდი არ არის და არ აღემატება 8%-ს.

მე გაფრთხილებული ვარ, რომ მედიკამენტური აბორტის შემდეგ, თუ ორსულობა გააგრძელებს პროგრესირებას რეკომენდებულია ქირურგიული მეთოდით ორსულობის შეწყვეტა, რადგანაც არსებობს მონაცემები ახალშობილის სხვადასხვა თანდაყოლილი მანკების განვითარების რისკის გაზრდის შესახებ. აგრეთვე გაფრთხილებული ვარ, რომ 12-14 დღის შემდეგ რეკომენდებულია გამოვცხადდე განმეორებით ვიზიტზე სამედიცინო დაწესებულებაში.

მე ინფორმირებული ვარ აგრეთვე აბორტის შემდგომ რეჟიმზე, მათ შორის სქესობრივი აქტივობის ჩათვლით, ასევე მისი დარღვევის შემთხვევაში შესაძლო შედეგებზე.

მე ინფორმირებული ვარ შემდგომში არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების მიზანშეწონილი საშუალებებისა და მეთოდების შესახებ.

მე ინფორმირებული ვარ, რომ თუ დამჭირდება გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, ან შემექმნება რაიმე სახის სამედიცინო პრობლემა შესაძლოა დავრეკო ტელეფონზე: ----- და მივმართო სამედიცინო დაწესებულებას.

მე მქონდა საკმარისი დრო ინფორმაციის მისაღებად, მოფიქრებისა და გადაწყვეტილების მისაღებად.

მე ----- (გვარი, სახელი) წავიკითხე და გავიაზრე ზემოაღნიშნული ინფორმაცია, ასევე მივიღე პასუხები ჩემთვის საინტერესო ყველა საკითხზე და თანახმა ვარ ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით მივიღო მედიკანმენტური აბორტის სამედიცინო მომსახურება.

პაციენტის/კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერა -----

ექიმის ხელმოწერა -----

თარიღი -----

ან

მე ----- (გვარი, სახელი) წავიკითხე და გავიაზრე ზემოაღნიშნული ინფორმაცია, ასევე მივიღე პასუხები ჩემთვის საინტერესო ყველა საკითხზე და უარს ვაცხადებ ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო მომსახურებაზე.

პაციენტის/კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერა -----

თარიღი -----



**12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის სამედიცინო ჩვენებების ჩამონათვალი**

1. წინამდებარე ჩამონათვალი განსაზღვრავს 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის სამედიცინო ჩვენებებს. ორსულობის შეწყვეტის მიზნით გადაწყვეტილება მიიღება კომისიურად, თითოეული პაციენტის მდგომარეობის ინდივიდუალური განხილვის საფუძველზე ამ ბრძნებით დამტკიცებული დანართი №4-ით განსაზღვრული წესის შესაბამისად. ცხრილის ჩამონათვალის მიზანია განისაზღვროს ის მდგომარეობები, რომლებიც შეიძლება განხილულ იქნეს კომისიის მიერ.

№	ავადმყოფობათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის კოდი ICD-10	დაავადების დასახელება	დაავადების ფორმა, სტადია, ხარისხი	შენიშვნა
<b>I. გადამდები და პარაზიტული ავადმყოფობები</b>				
1.	A15-A19	ტუბერკულოზი	ყველა აქტიური ფორმა	A17.0 ტუბერკულოზური მენინგიტი და A19 მილიარული ტუბერკულოზი წარმოადგენს ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის შედარებით წინააღმდეგ ჩვენებას (საკითხი ორსულობის შეწყვეტის შესახებ იხილება კომისიურად პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით)
2.	B06	წითურა	ყველა აქტიური ფორმა	ორსულობის შეწყვეტა უნდა მოხდეს 12 კვირამდე, მათ შორის წითურათი დაავადებულთან კონტაქტის შემთხვევაშიც, თუ ორსულს არ აქვს იმუნიტეტი
შენიშვნა: სხვა გადამდები ავადმყოფობების შემთხვევაში ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის საკითხი უნდა გადაწყდეს კომისიურად პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით.				
<b>II. ახალწარმონაქმნები</b>				
	C51-C58	ავთვისებიანი სიმსივნეები, რომლებიც საჭიროებს ქიმიოთერაპიულ მკურნალობას ან მცირე მენჯის მიდამოს სხივურ თერაპიას		ყველა სხვა შემთხვევაში ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის საკითხი იხილება კომისიურად პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით.

III. კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ენდოკრინული სისტემის ავადმყოფობები				
1.	E10.2 E11.2 E12.2 E13.2 E14.2	შაქრიანი დიაბეტი მძიმე ნეფროპათიით		კრეატინინის კლირენსი <90 მლ/წთ, დღე-ღამის პროტეინურია ≥3,0 გ, კრეატინინი სისხლში >120 მკმოლ/ლ, არტერიული ჰიპერტენზია
2.	E10.3, E11.3 E12.3, E13.3 E14.3	შაქრიანი დიაბეტი პროგრესირე-ბადი პროლიფერაციულ ი რეტინოპათიით		
3.	E21	ჰიპერპარათირეო ზი	აქტიური ფაზა-ოპერაციამდე	მძიმე ფორმა ვისცერალური და ძვლოვანი გამოვლინებებით
4.	E22	აკრომეგალია	აქტიური ფაზა	
5.	E22.1	პროლაქტინომა		დოფამინის აგონისტებისადმი რეზისტენტობისას და ხიაზმა- ლური დარღვევების დროს
6.	E24	იცენკო-კუშინგის სინდრომი		
IV. სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების ავადმყოფობები				
1.	C91.0, C92.0 C92.4, C92.5 C93.0, C94.0	პირველად დიაგნოსტირებუ ლი მწვავე ლეიკოზები		
2.	D46	მიელოდისპლასტ იური სინდრომი		
3.	C82, C83 C84, C85 C88, C90, C91	მაღლის რისკის ჯგუფის ლიმფომები		
4.	C81	ლიმფოგრანულემ ატოზი	III - IV სტადია	
5.	C92	ქრონიკული მიელოლეიკოზი: ა) რომლებიც საჭიროებენ თიროზინკინაზას ინჰიბიტორებით მკურნალობას ბ) დაავადების ტერმინალური სტადია		
6.	D45, D47 D47.1, D47.3 C92.7, C93.1	ქრონიკული ლიმფოპროლიფე რაციული დაავადებები	ბლასტური კრიზი	

	C94.1,C94.5			
7.	D61	აპლასტიური ანემია	მძიმე ფორმა	20 კვირაზე მეტი ორსულობის შენარჩუნების საკითხი იხილება კომისიურად ინდივიდუალური მიდგომით
8.	D69.3	იდიოპათიური თრომბოციტოპენიური პურპურა	ქრონიკული, უწყვეტად მორეციდივე მიმდინარეობა, რეფლაქტურობა ნებისმიერი სახის მკურნალობისადმი	ორსულობის შენარჩუნების საკითხი იხილება კომისიურად პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით
9.	D80	პორფირიის მწვავე შეტევა, ბოლო შეტევიდან არა უმეტეს 2 წლიანი „ნათელი პერიოდი“		

შენიშვნა:  
ა) 12 კვირაზე მეტი ვადის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის საკითხი წყდება სიცოცხლის ჩვენებების საფუძველზე კომისიურად პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით, ექიმი-ჰემატოლოგის აუცილებელი მონაწილეობით;  
ბ) ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო ჩარევა უნდა განხორციელდეს მრავალპროფილური სტაციონარის პირობებში სისხლის კომპონენტების (ახლადგაყინული პლაზმა, თრომბოციტოციტოპენიის მასა) ადეკვატური უზრუნველყოფით.

V. ფსიქიკური აშლილობანი

1.	F02.4, F04, F06, F07, F09, F20, F22.0, F22.8, F22.9, F23, F24, F25.0 F29, F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F31.6, F32.2, F32.3, F33.3, F71.0, F79.4, F99.1	ქრონიკული და გახანგრძლივებული ფსიქიკური მოშლილობები მძიმე, მყარი ავადმყოფური გამოვლინებებით (ფსიქოზები და ჰუასუსტობა), ან გამწვავების მაღალი ალბათობით ორსულობისა და მშობიარობის შემოქმედების შედეგად		
2.	F30 – F39	გუნება-განწყობის მოშლილობები (ავექტური მოშლილობები)		მყარი სუიციდური შემოქმედების რისკის არსებობისას
3.	F10-F19.2	ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შემოქმედებით		

		გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები		
4.	F70.0 F70.1 F70.8	მემკვიდრეობითი დეგენერაციული ფსიქიკური დარღვევები		დედის, ან მომავალი ბავშვის მამისთვის დადასტურებული ფსიქონევროლოგიური დაწესებულების მიერ
VI. ნერვული სისტემის ორგანოების ავადმყოფობები				
1.	G00-G09	ცენტრალური ნერვული სისტემის (ცნს) ანთებითი დაავადებები		
2.	G10 – G13	სისტემური ატროფიები, რომლებიც აზიანებს უპირატესად ცნს-ს (გენტინგტონის ქორეა)	მძიმე მიმდინარეობა	გამოხატული დემენცია, ფსიქოზური მოშლილობები
3.	G12.2	მამოძრავებელი ნევრონის დაავადება (გვერდითი ამიოტროფული სკლეროზი)	მძიმე მიმდინარეობა	პროგრესირებადი ბულბალური დამბლა, სპინალური, კუნთოვანი ატროფია
4.	G20 – G22	პარკინსონიზმი – მძიმე ფორმები, მათ შორის იუვენალური პარკინსონიზმის მძიმე ფორმები	მძიმე ფორმები (თვითმომსახურე-ბის შესაძლებლობის არ არსებობა)	პარკინსონის საწინააღმდეგო მკურნალობის გართულებები (გათიშვის გამოხატული პერიოდები, დისკინეზიები და ორთოსტატიკური ჰიპოტონია)
5.	G24	დისტონიები	გენერალიზებული მიმდინარეობა	
6.	G35	ცნს-ის დემიელინოზაციით მიმდინარე დაავადებები (გაფანტული სკლეროზი)	პროგრესირებადი მიმდინარეობა	მზარდი დამბლა, მხედველობის ნერვების ატროფია, ყლაპვის, სუნთქვის, გულ-სისხლძარღვთა მოქმედების დარღვევა, დეფეკაციის და შარდვის შეუკავებლობა, ან შეკავება
7.	G40.0 G40.2 G40.6 G40.8 G40.9	ეპილეფსია	მძიმე მიმდინარეობა	ხშირი შეტევების არსებობისას, ანტიეპილეფსიური მკურნალობისადმი რეზისტენტული და ეპილეფსიური ფსიქოზების არსებობისას
8.	G46 G95.1	ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა (ცერებრული, სპინალური)	მძიმე მიმდინარეობა	ცნობიერების გამოხატული მოშლა (სოპორი, კომა) და ვიტალური ფუნქციების (სუნთქვა, გულ-სისხლძარღვთა მოქმედება) დარღვევა
	G61.0	ანთებითი	მძიმე მიმდინარეობა	პროგრესირებადი დუნე

9.		პოლინეიროპათია, გიენ-ბარეს სინდრომი		ტეტრაპარეზი, ვიტალური ფუნქციების დარღვევა
10.		ჰეპატოლენტიკულარული დეგენარაცია (ვილსონის დაავადება)		ღვიძლის უკმარისობისა და პორტული ჰიპერტენზიის არსებობა საყლაპავის ვარიკოზულად საყლაპავის გაგანიერებული ვენებიდან სისხლდენის რისკით, ფსიქოზური დარღვევები

VII. თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები

	C43.1 C69.0, C69.1, C69.2, C69.3, C69.4, C69.5, C69.6, C69.8, C69.9, C72.3	მხედველობის ორგანოს (დანამატების აპარატის, თვალის, ორბიტის) ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები		ორსულობის შეწყვეტა ნაჩვენებია ქიმიურ –სხივური კომბინირებული თერაპიის პერიოდში და მისი დამთავრებიდან 3–5 წლის პერიოდში
--	--	---	--	--

VIII. სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები

1.		გულის შექმნილი მანკები		
	I01	ა) გულის მანკები რევმატიული პროცესის გააქტივების თანხლებით		
	I05 –I09 I50 I26 -I27	ბ) გულის მანკები სისხლის მიმოქცევის უკმარისობის (II ბ – III ხ.) თანხლებით გ) გულის მანკები ფილტვის ჰიპერტენზიის თანხლებით		
	I74 I81– I82 I51.3	დ) გულის მანკები თრომბოემბოლიური გართულებებით ორსულობის პერიოდში, ან ანამნეზში, ასევე გულის ღრუებში თრომბების არსებობისას		
2.		გულის თანდაყოლილი მანკები		
	Q20	ა) გულის მანკები		

Q21.0 Q21.1 Q25.0 I50 I26 –I27 I33	სისხლის პათოლოგიური განდევნის არსებობით (წინაგულთაშორისი ძგიდის დეფექტი, პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი, ღია არტერიული სადინარი), გართულებული: გულის უკმარისობით (II ბ–IIIბ) ფილტვის ჰიპერტენზიით	ფილტვის ჰიპერტენზია	
Q25.3 Q25.1 I50	ბ) გულის მანკები განდევნის დარღვევით მარცხენა პარკუჭიდან (აორტის ხვრელის სტენოზი, აორტის კოარქტაცია) ან მარჯვენა პარკუჭიდან (ფილტვის არტერიის სტენოზი): უკმარისობა IIა და მეტი ხარისხის პოსტსტენოზური გაფართოების არსებობა (აორტის ან ფილტვის არტერიის ანევრიზმა)		
Q23	გ) ატრიოვენტრიკულური სარქველების თანდაყოლილი ანომალიები III-IV ხარისხის რეგურგიტაციისა და რიტმის რთული დარღვევების თანხლებით		
I42.0, I42.5 I42.1, I42.2	დ) კარდიომიოპათიები		
Q21.3, Q21.8	ე) ფალოს ტეტრადა ფალოს პენტადა		არაკორეგირებადი, პალიატიური ოპერაციის შემდეგ
Q22.5	ვ) ებშტეინის ანომალია,		არაკორეგირებადი
Q25.8 Q25.9 Q20.0 Q20.8, Q20.9,	ზ) გულის თანდაყოლილი, რთული მანკები (მაგისტრალური სისხლძარღვების		

	Q25.0 Q25.2, Q25.5	ტრანსპოზიცია, ატრიო- ვენტრიკულური კომუნიკაციის სრული ფორმა, საერთო არტერიული ღერო, გულის ერთადერთი პარკუჭი, ატრიოვენტრიკულური ან ნახევარმთვარისებრი სარქველების ატრეზია)		
3.		მიოკარდიუმის, პერიკარდიუმისა და ენდოკარდიუმის ავადმყოფობები		
	I40 I40.1	ა) ნებისმიერი ეტოლოგიის მიოკარდიტის მწვავე და ქვემწვავე ფორმები		
	I50 I48 I47 I44.2	ბ) ქრონიკული მიოკარდიტი, მიოკარ- დიოსკლეროზი და მიოკარდიოდის- ტროფია, სისხლის მიმოქცევის უკმარისობით (IIბ და III ხ), რიტმის რთული დარღვევებით – მოციმციმე არითმია, პაროქსიზმული ტაქიკარდიის ხშირი შეტევები, სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა მორგან – სტოქსი –ადამისის შეტევებით.		
	I21	გ) მიოკარდიუმის ინფარქტი ორსულობის პერიოდში ან ანამნეზში სისხლის მიმოქცევის უკმარისობით და რიტმის დარღვევებით		
	I33.0 I39	დ) ბაქტერიული ენდოკარდიტის მწვავე და ქვემწვავე ფორმები		
	I30 I31.1 I31.0	ე) პერიკარდიტი: მწვავე, ქვემწვავე და ქირურგიული ფორმები,		

		ქონსტრუქციული პერიკარდიტი		
4.		გულის რითმის დარღვევები		
	I48	ა) მოციმციმე არითმია		ანტიკოაგულანტების მიღების გარეშე
	I47 I45.6	ბ) პაროქსიზმული ტაქიკარდია ხშირი შეტევებით, ვოლფ- პარკინსონ-უაიტის სინდრომი არითმიის ხშირი შეტევებით		შესაძლებელია რადიოსიხშირული აბლაცია ორსულობის 20 კვირის შემდეგ
	I44.2	გ) სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა მორგან- ადამს-სტოქსის ხშირი შეტევებით და 40'-ზე ნაკლები გულისცემის სიხშირით		შესაძლებელია ელექტროსტიმულატორის იმპლანტაცია ორსულობის 20 კვირის შემდეგ
5.		კარდიოქირურგიული ჩარევების შემდგომი მდგომარეობები		
	I34.0 I34.2 I27	ა) მიტრალური კომისუროტომიის შემდეგ: მიტრალური სარქვლის ტრავმული უკმარისობი თ რესტენოზით ფილტვის ჰიპერტენზიით აქტიური რევმატიზმით		
	T82	ბ) ხელოვნური ან ბიოლოგიური ტრანსპლანტანტების პროტეზირების შემდეგ : გულის ერთი სარქვლის პროტეზის ფუნქციის დარღვევის ნიშნებით რამოდენიმე სარქვლის პროტეზირებით		
	T82 T88.8	გ) გულის თანდაყოლილი მანკი პალიატიური (არასრული) კორექციის შემდეგ, გულის თანდაყოლილი მანკი		



		ქირურგიული კორექციის შემდეგ ფილტვის ჰიპერტენზიის ნიშნებით, გულის მანკები ქირურგიული კორექციის შემდეგ არადამაკმაყოფილებელი შედეგით		
6.		სისხლძარღვთა ავადმყოფობები		
	I71 I72.2 I72.3 I72.8 I77.6 I80 I74 I82	ა) აორტისა და მისი ტოტების ავადმყოფობები: აორტის ანევრიზმის-მიერი ლოკალიზაციის, მათ შორის რეკონსტრუქციული ოპერაციის (შუნტირება, პროტეზირება) შემდეგ მაგისტრალური არტერიების ანევრიზმა, მათ შორის ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ		
	I74, I74.2 I74.3, I74.8	ბ) თრომბოემბოლიები		
7.		არტერიული ჰიპერტენზია		
	I10	არტერიული ჰიპერტენზია გართულებების თანხლებით და მკურნალობის ადეკვატური ეფექტის არარსებობისას		ანტიჰიპერტენზიური თერაპიის ადეკვატურობის შეფასება ხდება კომისიურად
IX. სუნთქვის ორგანოების ავადმყოფობები				
1.	J96	ფილტვების დაავადების შედეგად განვითარებული სუნთქვის მძიმე უკმარისობა არაკორეგირებადი თერაპიული მეთოდებით		
2.	I27.0	ფილტვის ჰიპერტენზიით		

		მიმდინარე დაავადებები, არაკორეგირებადი თერაპიული მეთოდებით		
X. საჭმლის მომნელებელი ორგანოების ავადმყოფობები				
1.	K22.2 Z94.8	საყლაპავის შევიწროება და სტენოზი ხელოვნური საყლაპავი	რომელიც არ ემორჩილება ბუჟირებას სტენოზისა და სისხლისდენის შემთხვევებში	
2.	K50.8	კრონის დაავადება		გართულებული სტენოზით, ფისტულებით, სისხლდენით და შეწოვის ფუნქციის მოშლით
3.	K51.0	არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტი		გართულებული მსხვილი ნაწლავის ტოქსიური დილატაციით, პროფუზული ფაღარათით, მასიური სისხლდენით ნაწლავებიდან
4.	K 65	პერიტონიტი		
5.	K73.2 K72.0	ქრონიკული აქტიური ჰეპატიტი, ღვიძლის უკმარისობა მწვავე და ქვემწვავე		ორსულობის შეწყვეტის საკითხი განიხილება კომისიურად პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით
6.	K74.6 K76.6 K76.0	ღვიძლის ციროზი პორტული ჰიპერტენზიითა და საყლაპავის ვარიკოზულად გაგანიერებული სისხლძარღვებიდან სისხლდენის რისკით, ღვიძლის უკმარისობით, ღვიძლის მწვავე ცხიმოვანი დისტროფია		
7.	K85	მწვავე პანკრეატიტი		
XI. შარდსასქესო ორგანოების დაავადებები				
1.	N00.0	მწვავე გლომერულონეფრიტი		

	N 03	ქრონიკული გლომერულონეფრიტი ს ნებისმიერი ფორმა	გამწვავება	
2.	N18.9	ნებისმიერი ეტიოლოგიის თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა		ორსულობამდე კრეატინინის დონე სისხლის შრატში ნებისმიერი დიაგნოზის დროს არ უნდა აღემატებოდეს 200 მკმოლ/ლ (1,8მგ/დლ); კრეატინინის პროგრესირებადი ზრდა სისხლის შრატში ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე
3.	Q64	ცალი თირკმელი (თანდაყოლილი ან ნეფრექტომიის შემდეგ დარჩენილი)		
XII. ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის გართულებები				
1.	O01 Z35.1	ბუშტნამქერი, მათ შორის ორი და ნაკლები წლის წინ გადატანილი		
2.	O21.1	ორსულთა შეუწყვეტელი ან მძიმე ღებინება, რომელიც არ წყდება სტაციონარულად ადეკვატური მკურნალობისას		თერაპიის ადეკვატურობის შეფასება ხდება კომისიური წესით
3.	C58	ქორიონეპითელიომა		
4.		ავადმყოფობები და მდგომარეობები ორსულობის დროს, რომლებიც საჭიროებენ ტერატოგენული ეფექტის მქონე სამკურნალო საშუალებებით მკურნალობას		ორსულობის შეწყვეტის საკითხი განიხილება კომისიურად პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით
XIII. ძვალკუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები				
1.	Q74.3 Q73.0	თანდაყოლილი მრავლობითი ართროგრიპოზი, კიდურების თანდაყოლილი არ არსებობა		
2.	Q77.4, Q77.5 Q77.1,	აქონდროპლაზია, დისტროფიული დისპლაზია,		

	Q78.0	აქონდროგენეზია, არასრული ოსტეოგენეზი		
3.	M05.2, M05.3, M06.1, M05.0	რევმატოიდული ვასკულიტი, რევმატოიდული ართრიტი სხვა ორგანოებისა და სისტემების დაზიანებით	გამწვავების სტადიაში	მაღალი აქტივობა სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების დაზიანებით
4.	M30.0	კვანძოვანი პოლიართრიტი	გამწვავების სტადიაში და/ან მძიმე მიმდინარეობა	პოლიორგანული დაზიანება ავთვისებიანი ჰიპერტენზიით
5.	M30.1	პოლიართრიტი ფილტვების დაზიანებით (ჩერჯ-სტროსის)	გამწვავების სტადიაში	ფილტვების დაზიანება და სისხლიანი ნახველი
6.	M31.3	ვეგენერის გრანულემატოზი		ფილტვებისა და თირკმელების დაზიანება
7.	M31.4	აორტის რკალის სინდრომი (ტაკაიასუ) – არასპეციფიური აორტოარტერიტი	მძიმე მიმდინარეობა	გულის აორტალური სარქველების დაზიანება უკმარისობის სიმპტომების თანხლებით
8.	M32.1, M34.0	სისტემური წითელი მგლურა, პროგრესირებადი სისტემური სკლეროზი (სისტემური სკლეროდერმია)	მწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობა, მაღალი აქტივობით	დაზიანება თირკმელების (ნეფრიტი ნეფროზული სინდრომით), ცნს-ის (ფსიქოზი, ეპისინდრომი), ფილტვების (პნევმონიტი, პლევრიტი), გულის (ენდო-, პერიკარდიტი), ან მათი ფუნქციის მოშლა
9.	M33.1, M33.2	დერმატო (პოლი) მიოზიტი	გამწვავების სტადიაში და/ან ხანგრძლივად გლუკოკორტიკოსტეროიდების მაღალი დოზებით მკურნალობის საჭიროებისას	
10.	M35.0	შეგრენის მშრალი სინდრომი	გამწვავების სტადიაში	ფილტვების, თირკმელების დაზიანება ჰიპერგამა – და/ან კრიოგლობულინემიური პურპურით
11.	M34.1	შემართებული ქსოვილის შერეული ავადმყოფობა	გამწვავების სტადიაში	მაღალი აქტივობა ფილტვების, თირკმელების, გულის დაზიანებით

12.	D69.8	ჰემორაგიული ვასკულიტი		ხშირად მორეციდივე მიმდინარეობა თირკმელებისა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანებით
XIV. თანდაყოლილი ანომალიები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები				
	Q00 – Q99	ნაყოფის თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები მისი სიცოცხლისათვის არაკეთილსაიმედო პროგნოზით, რომელიც დადგენილია პრენატალური დიაგნოსტიკის მეოდეებით (ულტრაბგერითი გამოკვლევა, ნაყოფის კარიოტი-პირება, მოლეკულური დიაგნოსტიკა)		ორსულობის შეწყვეტისა და ნაყოფის სიცოცხლისათვის არაკეთილსაიმედო პროგნოზის საკითხი იხილება კომისიურად პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით

2. ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ ორსული ქალის დაავადება, რომელიც არ არის მინიშნებული ჩამონათვალში, ორსულობის გაგრძელების შემთხვევაში საფრთხეს უქმნის ქალის სიცოცხლეს, საკითხი ორსულობის შეწყვეტის შესახებ იხილება კომისიურად (პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით), მაღალი რისკის მქონე სამედიცინო საქმიანობის განმახორციელებელ ამბულატორიულ ან შესაბამისი ნებართვის მქონე სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში - კომისიური წესით, რომლის შემადგენლობა განისაზღვრება №4 დანართის შესაბამისად. კომისიის სხდომა ფორმდება ოქმით. კომისიის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება - სხდომის ოქმი ეგზავნება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით შექმნილ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს.

## სამედიცინო ჩვენებით 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესი

1. სამედიცინო ჩვენებით, 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ოპერაცია ნებადართულია ჩატარდეს ორსულობის ოცდამეორე (22) კვირამდე. 22 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის შემთხვევაში, როდესაც ორსულობის გაგრძელება საფრთხეს უქმნის ქალის სიცოცხლეს/ჯანმრთელობას, ან/და არსებობს ნაყოფის სიცოცხლისათვის შეუთავსებელი ანომალია, ორსულობის შეწყვეტის (მშობიარობის) სამედიცინო ჩარევა შესაძლებელია განხორციელდეს ისეთ პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში, რომელიც აკმაყოფილებს პერინატალური მოვლის სუბსპეციალიზებული (III) დონის სერვისისთვის „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის N01-2/ნ ბრძანებით განსაზღვრულ მოთხოვნებს (ძალაშია 28.12.2015-დან).

1<sup>1</sup>. 22 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის შეწყვეტის თითოეული შემთხვევის შესახებ შეტყობინება (სამედიცინო დოკუმენტაციის დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ დამოწმებული ასლი) უნდა გაიგზავნოს „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს შექმნის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 16 მაისის N01-113/ო ბრძანებით შექმნილ საკოორდინაციო საბჭოს სამდივნოში (ძალაშია 28.12.2015-დან).

2. სამედიცინო ჩვენებით 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის შეწყვეტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება შესაძლებელია მაღალი რისკის მქონე სამედიცინო საქმიანობის განმახორციელებელ ამბულატორიულ ან შესაბამისი ნებართვის მქონე სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში - კომისიური წესით, დაწესებულების კლინიკურ საქმიანობაზე პასუხისმგებელი ადმინისტრაციის წარმომადგენლის (კლინიკური დირექტორი), ექიმი მეან-გინეკოლოგის, იურისტისა და იმ სპეციალობის ექიმის მონაწილეობით (შეიძლება იყოს მოწვეული სპეციალისტი), რომლის საქმიანობის კომპეტენციასაც განეკუთვნება ორსულის ავადმყოფობა. კომისია იქმნება სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის ბრძანებით. კომისიის სხდომა ფორმდება ოქმით.

3. 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ოპერაცია უნდა ჩატარდეს მხოლოდ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელსაც აქვს სამეანო-გინეკოლოგიური პროფილის საქმიანობის განხორციელების უფლება.

4. სამედიცინო ჩვენებით 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ოპერაციის ჩასატარებლად:

ა) ორსული წერილობითი განცხადებით მიმართავს სტაციონარის მთავარ ექიმს;

ბ) უკვე დადგენილი დიაგნოზის შემთხვევაში, ორსული ქალი წერილობით განცხადებასთან ერთად, წარადგენს შესაბამისი პროფილის სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემულ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობას (ფორმა NIV-100/ა) 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის სამედიცინო

ჩვენების (სრული დიაგნოზის) აღნიშვნით და ექოსკოპიურ დასკვნას - ორსულობის ვადის შესახებ;

გ) სტაციონარის კლინიკურ საქმიანობაზე პასუხისმგებელი ხელმძღვანელი პირი ექიმ მეან-გინეკოლოგთან და იურისტთან ერთად, განიხილავს ორსული ქალის წერილობით განცხადებას, ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობას (ფორმა NIV-100/ა), ექოსკოპიურ დასკვნას და იღებს გადაწყვეტილებას, რომელიც შესაბამისი ჩანაწერით, ფორმდება პაციენტის სამედიცინო ბარათში (ავადმყოფობის ისტორიაში) და მოწმდება კომისიის წევრთა ხელმოწერით;

დ) სამედიცინო ჩვენებით 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ოპერაციის ჩატარების თაობაზე, დადგენილი წესით, ჩანაწერი კეთდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის №108/ნ ბრძანებით განსაზღვრულ „სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალში“.

დანართი №5

## **12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის არასამედიცინო ჩვენებათა ჩამონათვალი**

ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ჩვენებებს, რომელიც კავშირში არ არის სამედიცინო მდგომარეობასთან, წარმოადგენს:

- ა) ორსულობა, სასამართლოს მიერ დადგენილი გაუპატიურების შედეგად;
- ბ) თუ ქალის ასაკი არ აღწევს 15 წელს;
- გ) თუ ქალის ასაკი გადაცილებულია 49 წელს.

დანართი №6

### **არასამედიცინო ჩვენებით ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესი**

1. ორსულობის შეწყვეტის საკითხი ზემოჩამოთვლილი ჩვენებებით წყდება სამედიცინო დაწესებულებაში კომისიურად დაწესებულების კლინიკურ საქმიანობაზე პასუხისმგებელი ადმინისტრაციის წარმომადგენლის (კლინიკური დირექტორი), ექიმი მეან-გინეკოლოგის და იურისტის მონაწილეობით. კომისიას ორსულმა ქალმა უნდა მიმართოს წერილობით და წარუდგინოს დასკვნა ორსულობის ვადის შესახებ (სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა (ფორმა NIV-100/ა) 2 მეან-გინეკოლოგისა და ხელმძღვანელის მიერ ხელმოწერილი), ექოსკოპიის დასკვნა და შესაბამისი იურიდიული დოკუმენტები.

2. არსამედიცინო ჩვენებით ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ოპერაცია ნაწარმოები იქნეს მხოლოდ 22 კვირის ორსულობის ვადამდე.

3. იმ შემთხვევაში, თუ არსებობს არასამედიცინო ხასიათის ჩვენებები ორსულობის შეწყვეტისათვის, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული წინამდებარე ბრძანებაში, ორსულობის შეწყვეტის საკითხს განიხილავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით შექმნილი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო ინდივიდუალური წესით.