**დანართი 1.1**

**------------------------------------------------------------------**

**საკარანტინე დაწესებულების/სასტუმროს დასახელება**

**საკარანტინე სივრცეში კოვიდ დადასტურებული პაციენტის**

**სამედიცინო მეთვალყურეობის ბარათი №\_\_\_\_**

**გვარი, სახელი, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**სქესი: –––––––––––––––––––––––**

**დაბადების თარიღი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ტელეფონი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**პირადი ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**მისამართი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**სამუშაო ადგილი, პროფესია: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი*:****ზომიერი ο , მნიშვნელოვანი ο , მკვეთრი ο .*

**სისხლის ჯგუფი\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rh-ფაქტორი \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ალერგია: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

                        (მედიკამენტი, საკვები და სხვა. რეაქციის ტიპი)

**ქირურგიული ჩარევები:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**გადატანილი ინფექციური დაავადებები: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ქრონიკული დაავადებები (მ.შ. გენეტიკური დაავადებები) და მავნე ჩვევები:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**საკარანტინე სივრცეში მოთავსების საფუძველი:---------------------------------------------------------**

**საკარანტინე სივრცეში მოთავსების თარიღი და დრო:--------------------------------------------------**

**საკარანტინე სივრცის დატოვების საფუძველი: ----------------------------------------------------------**

**საკარანტინე სივრცის დატოვების თარიღი და დრო:----------------------------------------------------**

**ექიმის სახელი, გვარი და ხელმოწერა: ---------------------------------------------------------------------**

**დანართი 1.1.1**

**მონაცემების ცხრილი**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| თარიღი | დრო | გულის  შეკუმშვის  სიხშირე P | სუნთქვის სიხშირე  R | სატურაცია | ტემპერატურა T​oC | სხვა  \* | ექიმის სახელი, გვარი | ექიმის ხელმოწერა |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**დანართი 1.1.2**

**SARS-CoV-2-ის რნმ პჯრ კვლევის შედეგები**

პაციენტის სახელი, გვარი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ბარათის ნომერი: \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ნაცხის აღების თარიღი** | **პჯრ კვლევის შედეგის მიღების თარიღი** | **პჯრ კვლევის შედეგი (neg-)** | **პჯრ კვლევის შედეგი (pos+)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ექიმის სახელი, გვარი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ხელმოწერა: -----------------------------------

**დანართი 1.1.3**

**პაციენტის გასინჯვის/კონსულტირების ფურცელი**

კონსულტაციის სახე: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

კონსულტაციის თარიღი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

პაციენტი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                 (სახელი, გვარი, ასაკი)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ექიმის სახელი, გვარი და ხელმოწერა: ---------------------------------------------------------------------------------------------**