

ბეჭდვის თარიღი		შემთხვევის გამოკვლევის ფორმა
ბეჭდვის დრო		
ენა	ქართული	

შემთხვევის ID

ადგილობრივი ID

შეტყობინების გამგზავნი დაწესებულება		გაგზავნის თარიღი	
			რიცხვი.თვე.წელი
ორგანიზაცია, რომელიც ატარებს გამოკვლევას		კვლევის დაწყების თარიღი	
			რიცხვი.თვე.წელი
შემთხვევის კლასიფიკაცია		შეტყობინების ფორმის (ქაღალდის) შევსების თარიღი	
			რიცხვი.თვე.წელი
შემთხვევის სტატუსი			
საწყისი დიაგნოზი		საწყისი დიაგნოზის დასმის თარიღი:	
			რიცხვი.თვე.წელი
დაავადება		დიაგნოზის დასმის თარიღი	
			რიცხვი.თვე.წელი
საბოლოო დიაგნოზი		საბოლოო დიაგნოზის დასმის თარიღი:	
			რიცხვი.თვე.წელი

(1) დემოგრაფიული ინფორმაცია

პაციენტის სახელი

გვარი სახელი მამის სახელი

დაბადების თარიღი

რიცხვი.თვე.წელი

ასაკი:

სქესი

მოქალაქეობა/ეთნიკ
ურობა

უნიკალური ნომრის ტიპი

უნიკალური
ნომერი**რეგისტრირებული საცხოვრებელი ადგილი**

რეგიონი

რაიონი

ქალაქი ან სოფელი

ქუჩა

საფოსტო ინდექსი

სახლი/კორპუსი

/

ბინა

ტელეფონის ნომერი

გრძედი/განედი

/

მისამართი

საზღვარგარეთ

ამჟამინდელი საცხოვრებელი ადგილი:

რეგიონი

რაიონი

ქალაქი ან სოფელი

ქუჩა

საფოსტო ინდექსი

სახლი/კორპუსი

/

ბინა

ტელეფონის ნომერი

გრძედი/განედი

/

ძირითადი

საქმიანობა

სამუშაო ადგილის მონაცემები:

სამუშაო ადგილის, სასწავლო დაწესებულების დასახელება

სამსახურში, სასწავლო დაწესებულებაში ბოლო
გამოცხადების თარიღი

სამუშაო ადგილის, სასწავლო დაწესებულების მისამართი:

ქვეყანა

რეგიონი

რაიონი

ქალაქი ან სოფელი

ქუჩა

საფოსტო ინდექსი

სახლი/კორპუსი

/

ბინა

ტელეფონის ნომერი

(2) კლინიკური ინფორმაცია

შემთხვევის საწყისი კლასიფიკაცია

პაციენტის სტატუსი შეტყობინების დროს

ექსპოზიციის ადგილი, თუ
ცნობილია

სიმპტომების დაწყების თარიღი

რიცხვი.თვე.წელი

ექსპოზიციის თარიღი

რიცხვი.თვე.წელი

პირველი მიმართვის სამედიცინო
დაწესებულების დასახელება

სამედიცინო
დაწესებულებაში
პირველი მიმართვის
თარიღი

რიცხვი.თვე.წელი

ამ დაწესებულებაში დასმული დიაგნოზი

ჰოსპიტალიზაციის ადგილი

მიმართვის
/ჰოსპიტალიზაციის თ

რიცხვი.თვე.წელი

სად იმყოფება ამჟამად პაციენტი

დამატებითი ინფორმაცია

ნიმუშის აღებამდე ჩატარებული სპეციფიური თერაპია

დასახელება

დოზა

კომენტარები

დიაგნოზის შეცვლის ისტორია

შეცვლის თარიღი/დრო	თანამშრომელი	ორგანიზაცია	შეცვლილი დიაგნოზი	მიზეზი

(3) ლაბორატორიული ტესტებისთვის ნიმუშის აღების ინფორმაცია

მოხდა ნიმუშების აღება?

თუ "არა", პასუხი
დაასაბუთეთ

ნიმუშის ტიპი	ნიმუშის ადგილობ- რივი ID	აღების თარიღი	გაგზავ-ნის თარიღი	მიღების თარიღი	ნიმუშის მდგომარეობა მიღებისას	კომენტარი	ტესტის დასახელე- ბა	ტესტის შედეგი	ტესტირების თარიღი

ნიმუშების აღებასთან დაკავშირებული შენიშვნები და
დამატებითი ტესტების მოთხოვნები

(4) კონტაქტების ჩამონათვალი

სახელი, გვარი	კავშირი	ბოლო კონტაქტის თარიღი	ბოლო კონტაქტის ადგილი	ინფორმაცია კონტაქტების შესახებ	კომენტარები

(5) შემთხვევის საბოლოო კლასიფიკაცია და გამოსავალი

შემთხვევის საბოლოო კლასიფიკაცია	შემთხვევის საბოლოო კლასიფიკაციის თარიღი	<hr/>
საბოლოო დიაგნოზი	საბოლოო დიაგნოზის დასმის თარიღი	<hr/>
დიაგნოზის საფუძველი	<input type="checkbox"/> კლინიკური <input type="checkbox"/> ეპიდემიოლოგიური კავშირები <input type="checkbox"/> ლაბორატორიული ტესტი	
გამოსავალი	გარდაცვალების თარიღი	<hr/>
	გაწერის თარიღი	<hr/>
დაკავშირებულია შემთხვევა ეპიდაფეთქებასთან		
ეპიდაფეთქების ID		
კომენტარები		

ეპიდემიოლოგის სახელი, გვარი

ეპიდემიოლოგის ხელმოწერა

თარიღი

რიცხვი.თვე.წელი

