

EHR სისტემაში შესატანი ინფორმაცია

ზოგადი ნაწილი

ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების (EHR) სისტემაში ინფორმაცია უნდა აისახოს **სახელმწიფო პროგრამით იმ ყველა მოსარგებლის** შესახებ, რომელთა სტაციონარში დაყოვნება **აღემატება 24 საათს** ან სახელმწიფო პროგრამით იმ ყველა მოსარგებლის შესახებ, რომლებმაც მკურნალობა დაიწყეს სტაციონარულ რეჟიმში, თუმცა ობიექტური მიზეზებიდან გამომდინარე, სტაციონარში მათი დაყოვნება **არ აღმოჩნდა 24 საათზე მეტი**. ასეთი მიზეზები შესაძლოა იყოს პაციენტის გარდაცვალება, სხვა სტაციონარულ დაწესებულებაში გადაყვანა ან შეწყვეტილი მკურნალობა. ჩამოთვლილთაგან ისეთი შემთხვევის შესახებ ინფორმაციის EHR სისტემაში გადაცემის ვალდებულება, ამ ეტაპზე არ დგას, თუ იგი არ ფინანსდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის ფარგლებში. სისტემაში შეყვანას არ ექვემდებარება დღის სტაციონარის პაციენტები.

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

ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის EHR სისტემაში გადმოცემის ვალდებულების გაჩენამდე, სტაციონარული მომსახურების (ეპიზოდის) ნაწილად შეიძლება ჩაითვალოს ის ლაბორატორიული და კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კვლევები, ასევე, კონსულტაციები და სხვა აქტივობები რომლებიც წინ უსწრებდა გეგმიურ ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალურ მომსახურებას (ეპიზოდს)

ცხოვრების ანამნეზი (ეპიზოდი)

პაციენტის მონაცემები

პაციენტის პირადი ნომერი და დაბადების თარიღი სისტემაში ავტომატურადაა შევსებული. **სისხლის ჯგუფი და რეზუსი** - პირველად შევსებისას, აღნიშნული ინფორმაცია, სათანადო დამადასტურებელი დოკუმენტის არწარმოდგენის შემთხვევაში, უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას. თუ პაციენტი განმეორებით მოხვდა სამედიცინო დაწესებულებაში, ველში ნაჩვენები იქნება ბოლო ეპიზოდის დროს შეტანილი სისხლის ჯგუფი და რეზუსი. განსხვავებული ინფორმაციის დადგენის შემთხვევაში შესაძლებელია ველში არსებული ინფორმაციის ჩასწორება. ასევე, შესაძლებელია ამ სექციაში რუბრიკის „უცნობია“ არჩევა. **მისამართის, ფაქტიური მისამართის, მობილური ტელ. ნომრის და ელ.ფოსტის** ველები ივსება პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე, თუმცა განმეორებითი ვიზიტების დროს განსხვავებული ინფორმაციის დადგენის შემთხვევაში შესაძლებელია მათი ჩასწორება. **ჩანაწერის ავტორი** - ავტომატურად ფიქსირდება იმ ექიმის სახელი და გვარი, რომელმაც ჩამოთვლილ ველებში ბოლოს შეიტანა/ჩაასწორა ინფორმაცია. აღნიშნული ეხება ყველა მონაცემს, რომელიც ფიქსირდება ელექტრონულ სისტემაში

გადატანილი დაავადებები/ტრავმები/პათ.მდგომარეობები

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

ცხოვრების ანამნეზის სხვადასხვა სექციაში (მ.შ. გადატანილი დაავადებები; გადატანილი ქირურგიული ჩარევები; ქრონიკული დაავადებები.) არსებული ინფორმაცია შეიძლება წარმოდგენილი იყოს განსხვავებული სახით. თუ

მაგალითს განვიხილავთ გადატანილი დაავადებების საფუძველზე, აღნიშნული სექციის ჩამონათვალში დაავადებების დათარიღება შესაძლოა ჩანდეს სამი სახით - როდესაც თარიღში მითითებულია **მხოლოდ წელი** ან იგი **ცარიელია**, რაც ნიშნავს, რომ აღნიშნული გადატანილი დაავადება ანამნეზში მოხვდა წინა ეპიზოდ(ებ)ის განმავლობაში პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე; როდესაც **თარიღი სრულყოფილადამითითებული**, 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** და შეიძლება მითითდეს 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 გადსხმაში, 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.

ალერგიები და გვერდითი რეაქციები

„ალერგია სამკურნალო საშუალების მიმართ“ სექციის შევსებისას აუცილებელია იმ ველების შევსება, სადაც მითითება 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 ტექტურად შეაქვს სხვა ალერგიასთან ან გვერდით რეაქციასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი ასპექტები, მაგ. ალერგია ნაკბენზე, სეზონური ალერგია, ალერგია თაფლზე და ა.შ.

ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდი ეპიზოდის მონაცემები

ამ სექციის შევსებისას აუცილებელია პაციენტის ავადმყოფობის **ისტორიის ნომრის** მითითება, რომელიც უნიკალური უნდა იყოს ყველა დაწესებულებისთვის ამ დაწესებულების დონეზე (**ამ ველში ინფორმაციის შევსება**

აუცილებელია). ასევე, აუცილებელია ზუსტად მიეთითოს პაციენტის შემოსვლის თარიღი და დრო წუთების სიზუსტით (ამ ველში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია). ხოლო პაციენტის გაწერის თარიღი და დრო შესაძლებელია მიეთითოს პაციენტის გაწერისას, ანუ ეპიზოდის დასრულებისას (ამ ველში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია). თუ პაციენტი დაწესებულებაში ყოვნდება 24 საათზე ნაკლებ ხანს, ყურადღება მიაქციეთ, რომ „გაწერის“ გრაფის „ჰოსპიტალიზაციის გამოსავლის“ სექციის „ჰოსპიტალიზაციის შედეგის“ ველში მითითებული უნდა იყოს ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი: შეწყვეტილი მკურნალობა, გადაყვანილია სხვა სტაციონარში, გარდაიცვალა; წინააღმდეგ შემთხვევაში სისტემა არ მოგცემთ საშუალებას ეპიზოდი დაასრულოთ პაციენტის დაწესებულებაში 24 საათზე ნაკლები ვადით დაყოვნების მითითებით. (იხ. გაწერა, ჰოსპიტალიზაციის გამოსავალი) ექიმის პირადი ნომრისა და დაბადების თარიღის ველები ივსება ავტომატურად. ამავე სექციაში მოცემულია ქეისის ნომრის ველი, რომელიც ეპიზოდის მიმდინარეობისას არააქტიური (ინფორმაციული) ველია, რადგან ამ ნომრის მითითება ხდება ეპიზოდის დასრულებისას. ქეისის ნომერი გულისხმობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში ამ შემთხვევისთვის მინიჭებულ უნიკალურ ნომერს. ასეთის არსებობის შემთხვევაში ნომრის შეტანა აუცილებელია ეპიზოდის დასრულებისას. (იხ. დოკუმენტის ბოლოს აუცილებელი ველები)

პასუხისმგებელი პირები

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

დაავადების ანამნეზი

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

წინასწარი დიაგნოზი

დიაგნოზი შემოსვლისას ICD-10 კოდის მითითება ხდება პაციენტის კლინიკაში შესვლის მომენტში დადგენილი წინასწარი დიაგნოზის შესაბამისი დონის ICD-10 კოდით, ხოლო მისი დადგენის თარიღში მიეთითება მხოლოდ თარიღი. აუცილებელია და საკმარისი ერთი დიაგნოზის მითითება. ამავე დროს, პაციენტის შესვლიდან 3 დღის ვადაში, ექიმი წერს კლინიკურ დიაგნოზს. მაგალითად, თუ პაციენტს აღენიშნება პნევმონია, ექიმი აზუსტებს პნევმონია ცალმხრივია თუ ორმხრივი, რა სიმწვავეთი მიმდინარეობს, რის საფუძველზე გაკეთდა დასკვნა და ა.შ. კლინიკური დიაგნოზის დადგენის თარიღში ეთითება მხოლოდ თარიღი. ამავდროულად, გეგმიური ჩარევების ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების დროს წინასწარი და კლინიკური დიაგნოზის თარიღებში შესაძლებელია მიეთითოს ჰოსპიტალური მომსახურების (ეპიზოდის) დაწყებამდე წინმსწრები თარიღიც, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დაავადების ანამნეზის ჰოსპიტალიზაციის ტიპში მიეთითოს „გეგმიური“ ან „სასწრაფო დაყოვნებული“. (იხ. ზემოთ, დაავადების ანამნეზი) ამ სექციაში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია.

მკურნალობის პროცესი

დაკვირვება/ზედამხედველობის სექცია მოიცავს ისეთ პროცედურებს, რომლებიც აღწერილია, მაგალითად, შემდეგი NCSP კოდებით: ZYZX80, ZZZX00 და ა.შ; თითოეული პროცედურის NCSP კოდი უნდა დაფიქსირდეს ცალ-ცალკე. **აქტივობის შედეგი/ ექიმის კომენტარიში** 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 აირჩიოთ ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი: I დონე, II-III დონე, პოსტოპერაციული. **შედეგის მიღების თარიღში** მიეთითება პროცედურის დასრულების თარიღი და დრო წუთების სიზუსტით, აქედან გამომდინარე, სექციაში ინფორმაცია აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული აქტივობა. **აქტივობის შედეგი/ ექიმის კომენტარში** ექიმი მიუთითებს ინტენსიური მოვლის დროს გამოვლენილ ძირითად ასპექტებზე, ასევე ავსებს აქტივობის შედეგს. **ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.**

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის სექციაში ივსება შესაბამისი NCSP კოდები. სისტემაში აუცილებელია აიტვირთოს ყველა ის ჩატარებული გამოკვლევა/პროცედურა, რომლებიც, თავისი არსით, წარმოადგენენ საფუძველს/შემადგენელ ნაწილს სამკურნალო ღონისძიებების დაწყების, გაგრძელების ან დასრულებისათვის.

ასეთი გამოკვლევების/პროცედურების შეტანის შემდეგ ექიმის კომენტარის დასკვნის ველში იწერება პროცედურის შედეგად მიღებული მნიშვნელოვანი (და არა ყველა) მონაცემი, რომლებიც უშუალოდ ზემოქმედებენ მკურნალობის პროცესზე. ასევე, მიეთითება **პროცედურის დასრულების თარიღი და დრო** წუთების სიზუსტით, აქედან გამომდინარე, გამოკვლევა აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული პროცედურა. ველში **აქტივობის შედეგი/ექიმის კომენტარი** ექიმი აფიქსირებს გამოკვლევის დროს გამოვლენილ მნიშვნელოვან ასპექტებს. ამავდროულად, ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის EHR სისტემაში გადმოცემის ვალდებულების გაჩენამდე, სტაციონარული მომსახურების (ეპიზოდის) ნაწილად შეიძლება ჩაითვალოს ის კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კვლევები, რომლებიც წინ უსწრებდა გეგმიურ ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალურ მომსახურებას (ეპიზოდს). შესაბამისად, გეგმიური ჩარევების ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების დროს კლინიკურ-დიაგნოსტიკურ გამოკვლევების თარიღებში შესაძლებელია მიეთითოს გეგმიური ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალური მომსახურების (ეპიზოდის) დაწყებამდე წინმსწრები თარიღიც, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დაავადების ანამნეზის ჰოსპიტალიზაციის ტიპში მიეთითოს „გეგმიური“ ან „სასწრაფო დაყოვნებული“. (იხ. ზემოთ, დაავადების ანამნეზი)

სისხლის გადასხმა - სისხლის ყველა სხვადასხვა კომპონენტის გადასხმა უნდა აიტვირთოს ცალ-ცალკე. სისხლის ერთიდაიგივე კომპონენტის გადასხმის შემთხვევაში შესაძლებელია ეს სექცია შეივსოს ერთხელ, **„ექიმის მიერ დაზუსტების“** ველში გადასხმული კომპონენტის რაოდენობის მითითებით (ზეგების რაოდენობა და მთლიანი მოცულობა). 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. **ექიმის მიერ დაზუსტების** ველში ექიმი, ასევე, აზუსტებს პროცედურის დროს გამოვლენილ მნიშვნელოვან ასპექტებს. **ამ სექციაში შესატანი ინფორმაციის არსებობისას მისი შევსება აუცილებელია.**

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

სხვა 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, ექსტუბაცია, დრენირება, ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია და ა.შ. **შედეგის მიღების თარიღში** მიეთითება პროცედურის დასრულების თარიღი და დრო წუთების სიზუსტით, აქედან გამომდინარე, სექციაში ინფორმაცია აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული პროცედურა. **აქტივობის შედეგი/ ექიმის კომენტარში** - კონკრეტული აქტივობის დროს გამოვლენილი მნიშვნელოვანი ასპექტები. ამავდროულად, ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის EHR სისტემაში გადმოცემის ვალდებულების გაჩენამდე, სტაციონარული მომსახურების (ეპიზოდის) ნაწილად შეიძლება ჩაითვალოს ის სხვა აქტივობები, რომლებიც წინ უსწრებდა გეგმიურ ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალურ მომსახურებას (ეპიზოდს). შესაბამისად, გეგმიური ჩარევების ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების დროს სხვა აქტივობების თარიღებში შესაძლებელია მიეთითოს ჰოსპიტალური მომსახურების (ეპიზოდის) დაწყებამდე წინმსწრები თარიღიც, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დაავადების ანამნეზის ჰოსპიტალიზაციის ტიპში მიეთითოს „გეგმიური“ ან „სასწრაფო დაყოვნებული“. (იხ. ზემოთ, დაავადების ანამნეზი)

ლაბორატორიული გამოკვლევების სექციაში შესაძლებელია შეტანილი იქნას ლაბორატორიულ კლასიფიკატორში არსებული შესაბამისი კოდები ან ისეთი ლაბორატორიული კვლევები, რომლებიც არ არიან მოცემულნი ლაბორატორიულ კლასიფიკატორში. სისტემაში აუცილებელია, რომ აიტვირთოს ყველა ის ჩატარებული გამოკვლევა, რომლებიც, თავისი არსით, წარმოადგენენ საფუძველს/შემაღგენელ ნაწილს სამკურნალო ღონისძიებების დაწყების, გაგრძელების ან დასრულებისათვის. ასეთი გამოკვლევების შეტანის შემდეგ **აქტივობის შედეგი/ ექიმის კომენტარში** ველში იწერება პროცედურის შედეგად მიღებული მნიშვნელოვანი (და არა ყველა) მონაცემი, რომლებიც უშუალოდ ზემოქმედებენ მკურნალობის პროცესზე. ასევე, მიეთითება გამოკვლევის სტატუსი და ლაბორატორიული გამოკვლევის პასუხის მიღების ანუ **შედეგის მიღების თარიღი და დრო** წუთების სიზუსტით, აქედან გამომდინარე, გამოკვლევა აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული პროცედურა ამავდროულად, ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის EHR სისტემაში გადმოცემის ვალდებულების გაჩენამდე, სტაციონარული მომსახურების (ეპიზოდის) ნაწილად შეიძლება ჩაითვალოს ის ლაბორატორიული კვლევები, რომლებიც წინ უსწრებდა გეგმიურ ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალურ მომსახურებას (ეპიზოდს). შესაბამისად, გეგმიური ჩარევების ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების დროს ლაბორატორიული გამოკვლევების თარიღებში შესაძლებელია მიეთითოს ჰოსპიტალური მომსახურების (ეპიზოდის) დაწყებამდე წინმსწრები თარიღიც, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დაავადების ანამნეზის ჰოსპიტალიზაციის ტიპში მიეთითოს „გეგმიური“ ან „სასწრაფო დაყოვნებული“. (იხ. ზემოთ, დაავადების ანამნეზი)

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

კონსულტაციების სექციაში ივსება ყველა სახის კონსულტაციის ტიპის **NCSP კოდი** ცალ-ცალკე. ასევე, მიეთითება ის საექიმო სპეციალობა, რომელი მიმართულებითაც ჩატარდა კონსულტაცია და **კონსულტაციის გამცემი ექიმის სახელი და გვარი**. კონსულტაციის ჩატარების თარიღში მიეთითება კონსულტაციის დასრულების ზუსტი თარიღი და დრო, აქედან გამომდინარე, კონსულტაცია აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული პროცედურა. **კონსულტაციის შედეგი: კომენტარი/რეკომენდაცია/დიაგნოზის** ველში მიეთითება კონსულტანტი ექიმის მიერ გაკეთებული ძირითადი დასკვნა. ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის EHR სისტემაში გადმოცემის ვალდებულების გაჩენამდე, სტაციონარული მომსახურების (ეპიზოდის) ნაწილად შეიძლება ჩაითვალოს ის კონსულტაციები, რომლებიც წინ უსწრებდა გეგმიურ ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების ჰოსპიტალურ მომსახურებას (ეპიზოდს). შესაბამისად, გეგმიური ჩარევების ან სასწრაფო დაყოვნებული შემთხვევების დროს კონსულტაციების თარიღებში შესაძლებელია მიეთითოს ჰოსპიტალური მომსახურების (ეპიზოდის) დაწყებამდე წინმსწრები თარიღიც, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დაავადების ანამნეზის ჰოსპიტალიზაციის ტიპში მიეთითოს „გეგმიური“ ან „სასწრაფო დაყოვნებული“. (იხ. ზემოთ, დაავადების ანამნეზი)

სხვა რეკომენდაციებში ეთითება ნებისმიერი სახის რეკომენდაცია, რაც ექიმის მიერ ეძლევა პაციენტს. **რეკომენდაციის დასახელებაში** ივსება ისეთი რეკომენდაციები, რომლებიც არ კლასიფიცირდება, მაგ. კვების

სპეციალური რეჟიმი, მოძრაობის სპეციალური რეჟიმი და ა.შ. რეკომენდაციის მიცემის თარიღში მიეთითება რეკომენდაციის გაცემის დასრულების თარიღი და დრო, აქედან გამომდინარე, სექციაში ინფორმაცია აღირიცხება ამ მონაცემის არსებობისას, ანუ უკვე დასრულებული პროცედურა რეკომენდაციის შედეგი/კომენტარიში კი - ექიმის მიერ მიცემული რეკომენდაციის მნიშვნელოვანი ასპექტები.

დანიშნულებაში უნდა აღირიცხოს მხოლოდ სტაციონარში (პალატაში/რეანიმაციაში) დახარჯული ყველა ტიპის მედიკამენტი. ასახვას არ ექვემდებარება საანესთეზიო მედიკამენტები. მედიკამენტის დასახელებაში ხელით უნდა იქნას შევსებული ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში მიცემული დანიშნულებები. **გამოწერილი რაოდენობა** - ერთიდაიგივე მედიკამენტის მრავალჯერადად დანიშვნის დროს შესაძლებელია მედიკამენტის ერთხელ მიეთითება და რაოდენობაში ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის მთლიანი პერიოდის განმავლობაში გამოწერილი კონკრეტული მედიკამენტის საერთო ჯამური რაოდენობის დაფიქსირება. მიღების წესში მიეთითება დაიშნული მედიკამენტის მიღების წესები.

გაწერა **დასკვნითი დიაგნოზი (გაწერისას)**

ძირითად დიაგნოზში (გაწერისას) ივსება გაწერისას დაზუსტებული ძირითადი დაავადების ICD-10 კოდი და ავადმყოფობის მიმდინარეობა (*ამ ველებში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია*). შესაძლებელია არსებობდეს რამდენიმე ძირითადი დიაგნოზი. დაავადება (ICD-10) დაზუსტებული - დაზუსტებული ძირითადი დიაგნოზი გაწერისას ივსება იმ შემთხვევაში თუ დაზუსტება მოხდა ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის განმავლობაში, მაგრამ ძირითადი დაავადების ისეთი დიაგნოზი, რომელიც ზუსტდება ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის შემდეგ, შესაძლებელია დაფიქსირდეს არარედაქტირებად რეჟიმში მყოფ ეპიზოდშიც. ასევე, არარედაქტირებად რეჟიმში დასრულებული ეპიზოდის დროს შესაძლებელია სრულიად ახალი ძირითადი დიაგნოზის დამატებაც, რომელიც ეფუძნება ჰისტომორფოლოგიის შედეგად მიღებულ პასუხებს და ახლად დადგენილ დამატებით ძირითად დიაგნოზს.

დაავადების გართულება

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

თანმხლები დაავადება

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

ჰოსპიტალიზაციის გამოსავალი

ჰოსპიტალიზაციის შედეგის ჩამონათვალში არის ოთხი არჩევანი: დასრულებული მკურნალობა, შეწყვეტილი მკურნალობა, გადაყვანილია სხვა სტაციონარში, გარდაცვალება. ბოლო სამიდან ერთ-ერთის არჩევის შემთხვევაში სისტემა საშუალებას იძლევა ეპიზოდი დასრულდეს 24 საათზე ნაკლებ პერიოდში. დაავადების გამოსავალში, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებიდან გამომდინარე, შესაძლებელია 7 სხვადასხვა არჩევანის გაკეთება. გატარებული საწოლდღეების რიცხვი ივსება ავტომატურად. *ამ სექციაში ინფორმაციის შევსება აუცილებელია.*

გაწერის შემდგომი რეკომენდაციები

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

ლაბორატორიული გამოკვლევების სექციაში შესაძლებელია შეტანილი იქნას ნებისმიერი ტიპის

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

კონსულტაციები ამბულატორიაში

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

სხვა რეკომენდაციები

რეკომენდაციის დასახელებაში ივსება ისეთი რეკომენდაციები, რომლებიც არ კლასიფიცირდება. **რეკომენდაციის გაცემის თარიღში** მიეთითება სარეკომენდაციო თარიღი, როდემდეც სასურველია პაციენტმა შეასრულოს შესაბამისი რეკომენდაცია.

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 HER სისტემაში ერთხელ უკვე გადმოტანილი ელ. რეცეპტი აღარ გამოჩნდება ელ. რეცეპტების სიაში.

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.

ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის დასრულება

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

ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდში შესატანი აუცილებელი ველები

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

- 1) **ისტორიის ნომერი** (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის ეპიზოდის მონაცემებში)
- 2) **პაციენტის შემოსვლის თარიღი და დრო** (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის ეპიზოდის მონაცემებში)
- 3) **პაციენტის გაწერის თარიღი და დრო** (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის ეპიზოდის მონაცემებში)

- 4) დაავადების ანამნეზი (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდში)
- 5) წინასწარი დიაგნოზი (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდში)
- 6) ჰოსპიტალიზაციის გამოსავალი (გაწერაში)
- 7) ძირითადი დიაგნოზი (გაწერაში, დასკვნით დიაგნოზში)

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

- 8) ინტენსიური მოვლა (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის მკურნალობის პროცესში)
- 9) სისხლის გადასხმა (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის მკურნალობის პროცესში)
- 10) ქირურგიული ჩარევა (ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდის მკურნალობის პროცესში)
- 11) დაავადების გართულება (გაწერაში, დასკვნით დიაგნოზში)
- 12) თანმხლები დაავადება (გაწერაში, დასკვნით დიაგნოზში)
- 13) *ქეისის ნომერი* (ეპიზოდის დასრულების ფორმაში); *ქეისის ნომერი* არის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში ამ შემთხვევისთვის მინიჭებული უნიკალურ ნომერი, ასეთი ნომრის არსებობის შემთხვევაში მისი შეტანა აუცილებელია ეპიზოდის დასრულებისას

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