

განაცხადი დაგეგმილი ტრანსპლანტაციის შესახებ

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტი:

სს „ევექსის ჰოსპიტლები“ ბათუმის რეფერალური ჰოსპიტალი

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის საიდენტიფიკაციო
კოდი:

404476205

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის მისამართი:

ფაქტობრივი:

ქ. ბათუმი, ბაგრატიონის ქ. N 125

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის საკონტაქტო
ინფორმაცია:

ტელეფონი:
593335960

ელექტრონული ფოსტა:¹
kkashibadze@evex.ge

¹ არსებობის შემთხვევაში.



რეციპიენტი:

სახელი: თამაზ

გვარი: მარგალიტაძე

პირადი

ნომერი²:

6	1	0	0	3	0	1	1	8	9	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

რეციპიენტის მოქალაქეობა:

ქართველი

რეციპიენტის საცხოვრებელი ადგილი:

ფაქტობრივი მისამართი:

ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10

იურიდიული მისამართი:

ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10

დონორი:

სახელი: თეონა

გვარი: მარგალიტაძე

დონორის მოქალაქეობა:

ქართველი



დონორის საცხოვრებელი ადგილი:

ფაქტობრივი მისამართი:

ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10

იურიდიული მისამართი:

ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10

დონორ/რეციპიენტს შორის არსებული კავშირის სახე:

მამა-შვილი

დოკუმენტაციის წარმომდგენი პირის (რეციპიენტი/კანონიერი
წარმომადგენელი/ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტი):
საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი:

თინათინ გორაძე

557373776

ელექტრონული ფოსტა³:

tgoradze@evex.ge_____

თარიღი: 1.07.2020





დანართი №2 (15.10.2008 №338/6)

ნომერი 007256

საბოლოო

**სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა N IV-100/ა ცნობა
ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ**

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება ან ექიმი (სპეციალისტის გვარი, სახელი, სახელმწიფო სერტიფიკატით მინიჭებული სპეციალობა, სახელმწიფო სერტიფიკატის ნომერი ან/და საკონტაქტო ინფორმაცია):

სს "ევექსის ჰოსპიტლები" - ბათუმის რეფერალური ჰოსპიტალი

2. დაწესებულების დასახელება, მისამართი სადაც იგზავნება ცნობა:

დანიშნულებისამებრ წარსადგენად,

3. პაციენტის სახელი და გვარი: თამაზ მარგალიტაძე

4. დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი): 13/03/1963

5. პირადი ნომერი (ივსება 16 წელს მიღწეული პირის შემთხვევაში): 61003011892

6. მისამართი: ბათუმი, 15095/18 ალექსანდრე (შოშია) ჩხაიძის ქუჩა, N 8, ბინა 10

7. სამუშაო ადგილი და თანამდებობა (მოსწავლის/სტუდენტის შემთხვევაში – იმ სასწავლო დაწესებულების/სკოლის დასახელება და კლასი/კურსი, სადაც იგი სწავლობს):

8. თარიღები:

- ▶ ექიმთან მიმართვის: 29/06/2020 12:39
- ▶ სტაციონარში გაგზავნის:
- ▶ სტაციონარში მოთავსების:
- ▶ სტაციონარიდან გაწერის:

9. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი (ძირითადი დაავადება, თანმხლები დაავადებები, გართულებები შესაბამისი ICD-10 კოდის მითითებით)

- K74 ღვიძლის ფიბროზი და ციროზი
- ღვიძლის ტერმინალური დაავადება
- B18.2 ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტი C

10. გადატანილი დაავადებები:

რესპირაციული ინფექციები

11. მოკლე ანამნეზი:

2017 წელს მიმართა ოჯახის ექიმს საერთო სისუსტის გამო; ჩატარებული კვლევებით გამოვლინდა ვირუსული ჰეპატიტი C, ღვიძლის ციროზი. რეფერირდა ინფექციონისტთან, ჩაერთო C ელიმინაციის პროგრამაში, (პარვონი), კურსის დაწყებიდან მეტე დღეს განვითარდა სისხლდენა საყლაპავის ვარიკოზული ვენებიდან, ჩაუტარდა ლიგირება (BAU); სამ თვიანი კურსით ვირუსი ელიმინირდა. სისხლდენის რეციდივი – 2018 წელს, სტაციონარიზაცია, სისხლდენის შეჩერება დამატებითი ლიგირებით; მესამე ეპიზოდი 2019 წლის ნოემბერში, დამატებით – 4 კვანძი. შედგომი პერიოდი – უსიმპტომო.

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები: Hospitals

- ZYX90 სხვა კლინიკური კონსულტაცია შეფასება ღვიძლის ტრანსპლანტაციის პროტოკოლით

13. ავადმყოფობის მიმდინარეობა:

14. ჩატარებული მკურნალობა:

- ZYZX90 სხვა კლინიკური კონსულტაცია

15. მდგომარეობა სტატისტიკონარში გაგზავნისას:

16. მდგომარეობა სტატისტიკურიდან განვირისას:

17. სამკურნალო და ზრომიერი რეკომენდაციები:

პაციენტს ესაჭიროება ღვიძლის ტრანსპლანტაცია JJSC20

მკურნალი ექიმი (ექიმი-სპეციალისტი):

ქაშობაძე კახაბერ

დაწესებულების ხელმძღვანელის /
ხელმძღვანელის მოადგილის /გაურთავი ექიმის
(ექიმი-სპეციალისტის) ხელმოწერა:

ცნობის გაცემის თარიღი: 02/07/2020





დანართი №2 (15.10.2008 №338/6)

ნომერი 007252

საბოლოო

**სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა N IV-100/ა ცნობა
ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ**

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება ან ექიმი (სპეციალისტის გვარი, სახელი, სახელმწიფო სერტიფიკატით მიწვეული სპეციალობა, სახელმწიფო სერტიფიკატის ნომერი ან/და საკონტაქტო ინფორმაცია):

სს "ევექსის ჰოსპიტალები" - ბათუმის რეფერალური ჰოსპიტალი

2. დაწესებულების დასახელება, მისამართი სადაც იგზავნება ცნობა:

დანიშნულებისამებრ წარსადგენად,

3. პაციენტის სახელი და გვარი: თეონა მარგალიტაძე

4. დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი): 02/02/1996

5. პირადი ნომერი (ივსება 16 წელს მიღწეული პირის შემთხვევაში): 61001076406

6. მისამართი: ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის N 8

7. სამუშაო ადგილი და თანამდებობა (მოსწავლის/სტუდენტის შემთხვევაში – იმ სასწავლო დაწესებულების/სკოლის დასახელება და კლასი/კურსი, სადაც იგი სწავლობს):

8. თარიღები:

- ▶ ექიმთან მიმართვის: 01/07/2020 12:36
- ▶ სტაციონარში გაგზავნის:
- ▶ სტაციონარში მოთავსების:
- ▶ სტაციონარიდან გაწერის:

9. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი (ძირითადი დაავადება, თანმხლები დაავადებები, გართულებები შესაბამისი ICD-10 კოდის მითითებით)

- Z00.5 ორგანოს ან ქსოვილის პოტენციური დონორის გამოკვლევა

10. გადატანილი დაავადებები:

ბავშვთა ინფექციური

11. მოკლე ანამნეზი:

მომართვის მიზანი პოტენციური დონორის სტატუსით სამედიცინო შემოწმება. ქრონიკული ინფექციური და არაინფექციური დაავადებები არ სახელდება, მავნე ჩვევები - არა აქვს.

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები:

- ZYX90 სხვა კლინიკური კონსულტაცია
- ქირურგის კონსულტაცია : შეფასება ღვიძლის ტრანსპლანტაციის დონორის შეფასების პროტოკოლით

13. ავადმყოფობის მიმდინარეობა:

14. ჩატარებული მკურნალობა:

- ZYX90 სხვა კლინიკური კონსულტაცია

15. მდგომარეობა სტაციონარში გაგზავნისას:

16. მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას:

17. სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები:

გაიარა დვიძლის ტრანსპლანტაციის დონორის შეფასების პირველი და მეორე ეტაპები. ვალიდურია დონორობისათვის.

მკურნალი ექიმი (ექიმი-სპეციალისტი):

Handwritten signature

ნაკაშიძე მერაბ

დანესებულების ხელმძღვანელის/

ხელმძღვანელის მოადგილის/მკურნალი ექიმის

(ექიმი-სპეციალისტის) ხელმოწერა:

ცნობის გაცემის თარიღი: 02/07/2020



საქართველო
განთავსების სააგენტო
საქართველოს საგარეო საზღვრების დაცვის
სამსახური
№ 795 01 - 04 / 2020
განთავსების სააგენტოს № 35

ც ნ ბ ა

ედგება მოქალაქე მამუკაშვილი თეონა ივანის ასობა

დაბ. 1996 მცხ. თეონა ივანის ასობა

მასზედ, რომ შ.პ.ს. „ბათუმის სამედიცინო ცენტრში“ ჩაუტარდა პირველადი გამოკვლევა, რის შედეგადაც დადგინდა, რომ იგი არ იმყოფება აღრიცხვაზე და

გამოკვლევის მომენტისათვის ფსიქიური დარღვევები არ ვლინდება

კომისიის თავჯდომარე:

- მთავარი სპეციალისტი: ე. ზორიძე ლ. კობრეიძე /
- წევრები: ექიმი ფსიქიატრი: მ. მამუკაშვილი /ზ. გუნცაძე/
- ექიმი ფსიქიატრი: მ. მამუკაშვილი / ს. ცომაია /
- ფსიქოლოგი: მ. მამუკაშვილი / ქ. დიასამიძე /
- მოლარე-რეგისტრატორი: მ. მამუკაშვილი ვ. დოლიძე /



დანართი №1.2

რეციპიენტის/კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა
ტრანსპლანტაციის ოპერაციის ჩატარების შესახებ⁴

სს „ვექსის ჰოსპიტლები“ ბათუმის რეფერალური ჰოსპიტალი
(ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის დასახელება)

რეციპიენტი:

სახელი: თამაზ

გვარი: მარგალიტაძე

პირადი

ნომერი⁵:

6	1	0	0	3	0	1	1	8	9	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

რეციპიენტის მოქალაქეობა:

ქართველი

რეციპიენტის საცხოვრებელი ადგილი:

ფაქტობრივი მისამართი:

⁴ რეციპიენტის/კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ინფორმირებული თანხმობა ტრანსპლანტაციის ოპერაციის ჩატარების შესახებ უნდა ხელმოწერილი იქნეს მხოლოდ მისთვის ამ დანართით გათვალისწინებული ინფორმაციის მიწოდებისა და დეტალური განმარტების შემდეგ. ინფორმაციის მიწოდებას უზრუნველყოფს ის ექიმი, რომელიც უშუალოდ ასრულებს ჩარევას და/ან ჩართულია პაციენტის მართვის პროცესში.

⁵ არსებობის შემთხვევაში

ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10

იურიდიული მისამართი:

ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10

გავეცანი რა:

სამედიცინო ჩარევის არსს:

- დონორული ჰემიჰეპატექტომია და ღვიძლის ტრანსპლანტაცია არის მძიმე, ტრავმული ოპერაცია, შესაძლო ინტრა და პოსტოპერაციული გართულებებით, როგორიცაა - სისხლდენა, ნაღვლდენა, სისხლძარღვთა თრომბოზი, კარდიული და რესპირაციული გართულებები, ინფექცია, ღვიძლის მწვავე უკმარისობა, გაუვალობა, ნაწლავის პერფორაცია, ქვედა კიდურების დროებითი პლევია, დამწვრობა, პოსტოპერაციული თიაქარი;
- ჰემიჰეპატექტომიის დროს ამოღებული იქნება დონორის ღვიძლის დაახლოებით 2/3, რაც სამიდან ექვსი თვის განმავლობაში რეგენერირდება, ანუ დაიბრუნებს დაახლოებით პირვანდელ მოცულობას როგორც დონორში ისე რეციპიენტშიც;
- პოსტოპერაციული პერიოდი მოიცავს დონორისათვის - 24 სთ-იან ინტენსიურ თერაპიას და ჯამში 9-დან 14 დღემდე სტაციონარულ მკურნალობას (გაურთულებელ შემთხვევაში); რის შემდგომაც სტაციონარს დატოვებს პრაქტიკულად ჯანმრთელის სტატუსით; რეციპიენტისათვის ინტენსიური თერაპია 3-5 დღე და ჯამში 14-21 სტაციონარული მკურნალობა (გაურთულებელ შემთხვევაში); რის შემდგომ ტოვებს სტაციონარს ტრანსპლანტ ჯგუფის მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ.
- ოპერაციის შემდგომ გვექნება ნაწიბური მუცლის ზედაპირის ზედა კვადრატში;
- ოპერაცია, როგორც წესი, გრძელდება 6-12 საათი, თუმცა, შესაძლოა ოპერაციის ხანგრძლივობა გაიზარდოს;
- ოპერაცია ჩატარდება ზოგადი ანესთეზიით;
- ოპერაციის დროს, ღვიძლის ქსოვილთან ერთად ამოღებული იქნება ნაღვლის

ბუშტი;

სამედიცინო ჩარევის ჩვენებას:

ღვიძლის ტრანსპლანტაცია წარმოადგენს მკურნალობის ერთადერთ მეთოდს პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ღვიძლის ქრონიკული დიფუზური დაავადებების ტერმინალური სტადია, სანაღვლე გზების თანდაყოლილი ატრეზიები, და ზოგიერთ შემთხვევაში ღვიძლის პირველადი და მეორადი სიმსივნური დაზიანებები ან ღვიძლის სხვა პროგრესირებადი დაავადება, რომლებიც მნიშვნელოვნად ამცირებს სიცოცხლის ხარისხს და პაციენტის შრომისუნარიანობას და რომლის შემთხვევაშიც სიცოცხლის ხანგრძლივობა იქნება უფრო ნაკლები ვიდრე ტრანსპლანტაციის შემთხვევაში.

მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებს:

უალტერნატივო

სამედიცინო ჩარევის მოსალოდნელ ეფექტს:

პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივება, ცხოვრების ხარისხისა და შრომისუნარიანობის გაუმჯობესება

სამედიცინო ჩარევის შესაძლო გვერდით მოვლენებს:

ოპერაციის შემდგომ გვექნება ნაწიბური მუცლის ზედაპირის ზედა კვადრატში; შესაძლოა განგვივითარდეს როგორც ჭრილობის, ასევე სანაღვლე, სასუნთქი, საშარდე და/ან სხვა სისტემის ინფექცია. ამას გარდა, შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს კუჭ-ნაწლავის დროებით და გარდამავალ დისფუნქციას;

პოსტოპერაციულ პერიოდში, შესაძლებელია გვქონდეს დროებითი ხასიათის შეზღუდვები ცხოვრების ყოველდღიურ, სხვადასხვა ტიპის აქტივობებთან დაკავშირებით

სამედიცინო ჩარევასთან დაკავშირებულ, პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მოსალოდნელ რისკებს:

- როგორც ყველა ქირურგიულ ჩარევას, ამ ოპერაციასაც თან ახლავს სიცოცხლესთან შეუთავსებელი და სხვა გართულებების აღმოცენების მცირე რისკი; მსოფლიო სტატისტიკის თანახმად ღვიძლის დონორთა სიკვდილიანობა 0.1 %-ს შეადგენს, ხოლო ავადობა - 10-15%-ის ფარგლებში მერყეობს; რეციპიენტის სიკვდილობა 10-15%-ია, ხოლო ავადობა 25-35% (ჩვენი კლინიკის

შემთხვევაში დონორთა სიკვდილობა - 0%, ავადობა - 5%, ხოლო რეციპიენტის სიკვდილობა - 20 %, ხოლო ავადობა 17%);

- ოპერაცია შესაძლოა შეწყდეს მისი მსვლელობის ნებისმიერ ეტაპზე, როგორც დონორის უსაფრთხოების მიზნებისთვის, ასევე რეციპიენტის-ანე ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილების გამო;
- ოპერაციის განმავლობაში შესაძლოა განვითარდეს სისხლდენა, რის გამოც შესაძლოა დაგვჭირდეს სისხლის ტრანსფუზია (გადასხმა);
- ოპერაციის შემდგომ შესაძლოა განგვივითარდეს სისხლდენა, რომლის მართვისთვის შესაძლოა საჭირო გახდეს რეოპერაცია/ხელახალი ოპერაცია ან ენდოსკოპიური ჩარევა, როგორც გაწერამდე, ისე კლინიკიდან გაწერის შემდეგ;
- არსებობს მცირედი რისკი, რომ პოსტოპერაციულად განვითარდეს ჭრილობის თიაქარი.

მე - თამაზ მარგალიტაძე

(რეციპიენტი/კანონიერი წარმომადგენელი - სახელი, გვარი)

ვადასტურებ, რომ აღნიშნული ჩარევის არსის, ჩვენებების, მოსალოდნელი ეფექტის, შესაძლო გვერდითი მოვლენების, აგრეთვე ჩარევასთან დაკავშირებული, ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მოსალოდნელი რისკის გაცნობისა და განმარტების შემდეგ თანახმა ვარ, განხორციელდეს ღვიძლის გადანერგვის ოპერაცია.

რეციპიენტის/კანონიერი წარმომადგენლის
ხელმოწერა:

ექიმის ხელმოწერა:

კახაბერ ქაშიბაძე

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის
პასუხისმგებელი პირის
ხელმოწერა:

თარიღი: 1.07.2020 წ



დანართი №1.3

პოტენციური დონორის ინფორმირებული თანხმობა ტრანსპლანტაციის ოპერაციის

ჩატარების შესახებ⁶

სს „ვექსის ჰოსპიტლები“ ბათუმის რეფერალური ჰოსპიტალი
(ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის დასახელება)

დონორი:

სახელი: თეონა

გვარი: მარგალიტაძე

პირადი

ნომერი⁷:

6	1	0	0	1	0	7	6	4	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

დონორის მოქალაქეობა:

⁶ პოტენციური დონორის მიერ ინფორმირებული თანხმობა ტრანსპლანტაციის ოპერაციის ჩატარების შესახებ უნდა ხელმოწერილი იქნეს მხოლოდ მისთვის ამ დანართით გათვალისწინებული ინფორმაციის მიწოდებისა და დეტალური განმარტების შემდეგ. ინფორმაციის მიწოდებას უზრუნველყოფს ის ექიმი, რომელიც უშუალოდ ასრულებს ჩარევას და/ან ჩართულია პაციენტის მართვის პროცესში.

⁷ არსებობის შემთხვევაში

ქართველი

დონორის საცხოვრებელი ადგილი:

ფაქტობრივი მისამართი:

ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10

იურიდიული მისამართი:

ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10

გავეცანი რა:

ორგანოს აღებისათვის საჭირო ოპერაციული ჩარევის სახე:

- დონორული ჰემიჰეპატექტომია არის მძიმე, ტრავმული ოპერაცია, რომლის დროსაც ტრანსპლანტაციის მიზნით ამოღებული იქნება ჩემი ღვიძლი ნაწილობრივად.

ოპერაციული ჩარევის მოცულობა:

- ჰემიჰეპატექტომიის დროს ამოღებული იქნება ჩემი ღვიძლის დაახლოებით 2/3, რაც სამიდან ექვსი თვის განმავლობაში რეგენერირდება, ანუ დაიბრუნებს დაახლოებით პირვანდელ მოცულობას;
- ოპერაციის შემდგომ მექნება ნაწიბური მუცლის ზედაპირის ზედა კვადრატში;
- ოპერაცია, როგორც წესი, გრძელდება 6-12 საათი, თუმცა, შესაძლოა ოპერაციის ხანგრძლივობა გაიზარდოს;
- ოპერაცია ჩატარდება ზოგადი ანესთეზიით;
- ოპერაციის დროს, ღვიძლის ქსოვილთან ერთად ამოღებული იქნება ნაღვლის ბუშტი;
- ოპერაცია შესაძლოა შეწყდეს მისი მსვლელობის ნებისმიერ ეტაპზე, ჩემი როგორც დონორის უსაფრთხოების მიზნებისთვის ანდა რეციპიენტის

ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილების გამო;

- პოსტოპერაციული პერიოდი მოიცავს 24 სთ-იან ინტენსიურ თერაპიას და ჯამში 9-დან 14 დღემდე სტაციონარულ მკურნალობას (გაურთულებელ შემთხვევაში); რის შემდგომაც სტაციონარს დავტოვებ პრაქტიკულად ჯანმრთელის სტატუსით;

ოპერაციული ჩარევის რისკი (მ.შ. დონორის ჯანმრთელობაზე ოპერაციული ჩარევის მესხეული და შორეული, უშუალო და გაშუალებული შედეგების უარყოფითი ზეგავლენის შესაძლებლობა):

სისხლდენა, ნაღვლდენა, სისხლძარღვთა თრომბოზი, კარდიული და რესპირაციული გართულებები, ინფექცია, ღვიძლის მწვავე უკმარისობა, გაუვალობა, ნაწლავის პერფორაცია, ქვედა კრძურების დროებითი პლევია, დამწვრობა, პოსტოპერაციული თიაქარი;

ორგანოს გადანერგვის მოსალოდნელი შედეგი (წარმატების თუ წარუმატებლობის ყველა შესაძლებლობა):

- სამიდან ექვსი თვის განმავლობაში რეგენერირდება, ანუ დაიბრუნებს დაახლოებით პირვანდელ მოცულობას;
- პოსტოპერაციულ პერიოდში, შესაძლებელია გვქონდეს დროებითი ხასიათის შეზღუდვები ცხოვრების ყოველდღიურ, სხვადასხვა ტიპის აქტივობებთან დაკავშირებით
- არსებობს მცირედი რისკი, რომ პოსტოპერაციულად განვითარდეს ჭრილობის თიაქარი.
- ოპერაციის განმავლობაში შესაძლოა განვითარდეს სისხლდენა, რის გამოც შესაძლოა დამჭირდეს სისხლის ტრანსფუზია (გადასხმა);
- ოპერაციის შემდგომ შესაძლოა განვითარდეს სისხლდენა, რომლის მართვისთვის შესაძლოა საჭირო გახდეს რეოპერაცია/ხელახალი ოპერაცია ან ენდოსკოპიური ჩარევა, როგორც გაწერამდე, ისე კლინიკიდან გაწერის შემდეგ;
- შესაძლოა განვითარდეს როგორც ჭრილობის, ასევე სანადვლე, სასუნთქი, საშარდე და/ან სხვა სისტემის ინფექცია. ამას გარდა, შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს კუჭ-ნაწლავის დროებით და გარდამავალ დისფუნქციას;

ყველა შესაძლო გარემოება, რამაც შეიძლება იმოქმედოს დონორის გადაწყვეტილებაზე:

მე - თეონა მარგალიტაძე

(დონორი - სახელი, გვარი)

ვადასტურებ, რომ აღნიშნული ჩარევის არსის, ჩვენებების, მოსალოდნელი ეფექტის, შესაძლო გვერდითი მოვლენების, აგრეთვე ჩარევასთან დაკავშირებული, ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მოსალოდნელი რისკის გაცნობისა და განმარტების შემდეგ თანახმა ვარ, ჩემი სურვილით, უანგაროდ, ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე, მატერიალური ან სხვა ფინანსური დაინტერესების გარეშე მივცე ჩემი

_____ ღვიძლის ნაწილი _____
(ორგანოს დასახელება)

მოქალაქე თამაზ მარგალიტაძე პ/ნ 61003011892
რეციპიენტის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი

დონორის ხელმოწერა: _____

ექიმის ხელმოწერა: _____ კახაბერ ქაშიბაძე

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის
პასუხისმგებელი პირის
ხელმოწერა: _____



თარიღი: 1.07.2020

ფორმა № 4 ("დასკვნა თავსებადობის შესახებ")

**საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას
დასკვნა რეციპიენტისა და დონორის
ანტიბიენური თავსებადობის შესახებ**

ჩვენს ხელთ არსებული გამოკვლევების საფუძველზე სისხლის ჯგუფი და
რეზუსი

ნამოთხაღებულთა ის გამოკვლევები და მათი შედეგები,

შესაძლებლად მიგვაჩნია, რომ:

რეციპიენტს: თამაზ მარგალიტაძე ლიდერის ძე

გვარი, სახელი, მამის სახელი

მცხოვრებს: ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10; ტელ: 593982835

მისამართი, ტელეფონის ნომერი:

დიაგნოზი: ღვიძლის ფიბროზი და ციროზი; ღვიძლის ტერმინალური დაავადება; ქრ.
ვირუსული ჰეპატიტი C

გადაენერგოს ღვიძლის ნაწილი დონორისაგან: თეონა მარგალიტაძე თამაზის
ასული

გვარი, სახელი, მამის სახელი

ნათესაური კავშირი: მამა-შვილი მცხოვრები ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ.
N8, ბ. 10; ტელ: 568 00 14 36

მისამართი, ტელეფონის ნომერი:

დაწესებულების დასახელება: სს „ვექსის ჰოსპიტლები“ ბათუმის რეფერალური
ჰოსპიტალი

მკურნალი ექიმის გვარი და ხელმოწერა კ. ქაშიბაძე

დაწესებულების ხელმძღვანელის გვარი, სახელი: კახაბერ კაცაძე

დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა დადასტურებული ბეჭდით.



თარიღი: "1" ივლისი 2020 წ.

ფორმა № 3 ("დონორის თანხმობა")

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

დონორის თანხმობა ნათესავისთვის ორგანოს ნებაყოფლობით
და უსასყიდლოდ გაცემაზე

მე, თონა თამაზის ასული მარგალიტაძე პ/ნ 61001076406
(სახელი, მამის სახელი, გვარი)

მცხოვრები: ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10; ტელ: 568 00 14 36
მისამართი, ტელეფონის ნომერი:

თანახმა ვარ ჩემი სურვილით, უსასყიდლოდ მივცე ჩემი ღვიძლის ნაწილი ჩემს
მამას - თამაზ მარგალიტაძეს პ/ნ 61003011892

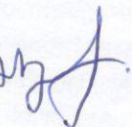
(ნათესაური კავშირი)

მცხოვრებს: ქ. ბათუმი, ალექსანდრე ჩხაიძის ქ. N8, ბ. 10; ტელ: 593982835
მისამართი, ტელეფონის ნომერი:

ვადასტურებ, რომ ინფორმირებული ვარ ოპერაციასთან და მის შემდგომ
პერიოდთან დაკავშირებული შესაძლო გართულებების შესახებ.

გარდა აღნიშნულისა, გაცნობებთ, რომ რეციპიენტთან ჩემი კავშირის
დამადასტურებელი დოკუმენტაცია შეესაბამება სინამდვილეს. ინფორმირებული
ვარ, რომ ამ საბუთების გაყალბება, ისევე, როგორც გადასანერგ ორგანოში
გასამრჯელოს რაიმე ფორმით გაცემა-აღება ან სხვა ფორმის მატერიალური
დაინტერესება არის კრიმინალური ქმედება და ისჯება საქართველოს მოქმედი
კანონმდებლობით.

ინფორმირებული ვარ, რომ ოპერაციამდე, ნებისმიერ დროს, მაქვს უფლება
შევცვალო ჩემი გადაწყვეტილება.

განმცხადებელი: ნათესა, თონა მარგალიტაძე თ. მ. 
ხელმოწერა

სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის ნომერი

N200396113



სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის თარიღი

01.07.2020 წ

სანოტარო მოქმედების დასახელება

ხელმოწერის ნამდვილობის დამოწმება

ნოტარიუსი

ნანი ანანიძე

სანოტარო ბიუროს მისამართი

ქ.ბათუმი, გოგებაშვილის ქ. N 42

სანოტარო ბიუროს ტელეფონი

27-40-63

სანოტარო მოქმედების ინდივიდუალური ნომერი

38934292808120



სანოტარო მოქმედებისა და სანოტარო აქტის შესახებ ინფორმაციის (მისი შექმნის, შეცვლის და/ან გაუქმების შესახებ) მიღება-გადამოწმება შეგიძლიათ საქართველოს ნოტარიუსთა პალატის ვებ-გვერდზე: www.notary.ge ასევე შეგიძლიათ დარეკოთ ტელეფონზე: +995(32) 2 66 19 18

საქართველო

ქ.ბათუმი

ორი ათას ოცი წლის პირველ ივლისს მე, ნოტარიუსს ნანი ანანიძეს, ჩემს სანოტარო ბიუროში, მდებარე მისამართზე: ქ.ბათუმი, გოგებაშვილის ქ. N42, მომმართა ქალბატონმა თეონა მარგალიტაძემ, რომელმაც წარმომიდგინა დონორის თანხმობა ნათესავისთვის ორგანოს ნებაყოფლობით და უსაუყიდლოდ გაცემაზე წარსადგენად საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის ეთიკურ კომისიაში, რომელზეც მოითხოვა მისი ხელმოწერის ნამდვილობის სანოტარო წესით დამოწმება. მე დავადგინე მისი პირადობა მის მიერ წარმოდგენილი პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტით და დავრწმუნდი, რომ მე ნამდვილად ქალბატონმა თეონა მარგალიტაძემ, დაბადებული 02.02.1996წ. მისი განცხადებით მცხოვრები საქართველო, ქალაქი ბათუმი, ალექსანდრე (შოშია) ჩხაიძის ქუჩა N 8, ბინა N10, პირადი N61001076406, მომმართა. ვადასტურებ, რომ მის ქმედუნარიანობაში ეჭვის შეტანის საფუძველი არ მქონდა. მე დავადგინე მისი ნების გამოვლენის ნამდვილობა, განვუმარტე რომ მის მიერ წარმოდგენილ დონორის თანხმობაზე ნათესავისთვის ორგანოს ნებაყოფლობით და უსაუყიდლოდ გაცემაზე მოწმდება მხოლოდ მისი ხელმოწერის ნამდვილობა და წარმოდგენილი მის შინაარსზე და სამართლებრივ შედეგებზე ნოტარიუსი პასუხს არ აგებს, რის შემდეგ ჩემი თანდასწრებით მან პირადად მოაწერა ხელი წარმოდგენილ დონორის თანხმობას ნათესავისთვის ორგანოს ნებაყოფლობით და უსაუყიდლოდ გაცემაზე, რასაც ვამოწმებ.

გადახდილია საზღაური 2,00 ლარი, აგრეთვე 2,00 ლარი, ელექტრონულ სანოტარო რეესტრში სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის საფასური, სულ 4,00 ლარი, თანახმად საქართველოს მთავრობის 2011 წლის 29 დეკემბრის N507 დადგენილების სანოტარო მოქმედებათა შესრულებისათვის საზღაურისა და საქართველოს ნოტარიუსთა პალატისთვის დადგენილი საფასურის ოდენობების, მათი გადახდევინების წესისა და მომსახურების ვადების დამტკიცების შესახებ 31-ე და 39-ე მუხლებისა.



ნოტარიუსი:

ნანი ანანიძე

დაბადების მოწმობა

სახელი, მამის სახელი, გვარი

წელი რიცხვი, თვე ციფრებით და სიტყვიერად

დაბადების ადგილი:

მოქალაქეობა _____ *ს. ბერიძე*

მუშაობები:

სახელი, მამის სახელი, გვარი

სახელი, მამიძე სახელი, გვარი

მშრგ-ის აღგზისამყოფელი

0.5

გაბგე

(b) (5) DPP, (b) (5) ACP

037430

სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის ნომერი

N200396147



სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის თარიღი

01.07.2020 წ

სანოტარო მოქმედების დასახელება

დოკუმენტის ასლის დამოწმება

ნოტარიუსი

ნანი ანანიძე

სანოტარო ბიუროს მისამართი

ქ.ბათუმი, გოგებაშვილის ქ. N 42

სანოტარო ბიუროს ტელეფონი

27-40-63

სანოტარო მოქმედების ინდივიდუალური ნომერი

58887400704120



საქართველო, ქ. ბათუმი
ორი ათას ოცი წლის პირველი ივლისი. მე, ნოტარიუსი ნანი ანანიძე, რომლის სანოტარო ბიურო
მდებარეობს მისამართზე: ქ.ბათუმი, გოგებაშვილის ქუჩა N 42, ვამოწმებ წინამდებარე ასლის (ერთი
ეგზემპლარი, ერთ გვერდზე) შესაბამისობას წარმოდგენილ დედანთან. დედანში ამოფხევილი,
გადაშლილი, მიწერილი სიტყვები და სხვა აღუნიშნელი გასწორებანი არ აღმოჩენილა.
გადახდილია სანოტარო საზღაური 0,50 ლარი, თანახმად საქართველოს მთავრობის 2011 წლის 29
დეკემბრის N507 დადგენილების სანოტარო მოქმედებათა შესრულებისათვის საზღაურისა და
საქართველოს ნოტარიუსთა პალატისთვის დადგენილი საფასურის ოდენობების, მათი
გადახდევინების წესისა და მომსახურების ვადების დამტკიცების შესახებ 31-ემუხლისა.



ნოტარიუსი

ნანი ანანიძე

სანოტარო მოქმედებისა და სანოტარო აქტის შესახებ ინფორმაციის (მისი შექმნის, შეცვლის და/ან
გაუქმების შესახებ) მიღება-გადამოწმება შეგიძლიათ საქართველოს ნოტარიუსთა პალატის ვებ-
გვერდზე: www.notary.ge ასევე შეგიძლიათ დარეკოთ ტელეფონზე: +995(32) 2 66 19 18

საქართველოს
ტრანსპლანტოლოგთა
ასოციაცია



Georgian
Association of
Transplantologists

0144, თბილისი, წინანდლის 9
I საავადმყოფო, ზოგადქირურგიული კლინიკა
Tel/fax: (+995-322)-77-18-19

Tsinandali str., General Surgery Clinic
City Hospital #1, Tbilisi, 0144, Georgia
E-mail: giatomadze@gmail.com

ა მ ო ნ ა წ ე რ ი

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკური კომისიის სხდომის
ოქმიდან (№156, 09 ივლისი 2020 წელი)

სხდომა ჩატარდა დისტანციურ რეჟიმში, კერძოდ სკაიპის საშუალებით.

ეთიკურმა კომისიამ რომლის შემადგენლობაში შედიოდნენ:

1. პროფ. გია თომაძე, ასოციაციის ხელმძღვანელი - კომისიის თავმჯდომარე;
2. ქრისტინა ალხაზოვი - ასოციაციის ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ბანკის ხელმძღვანელი, კომისიის თავმჯდომარის მოადგილე;
3. ავთანდილ მეგრელაძე - გადაუდებელი ქირურგიის და ტრანსპლანტოლოგიის ცენტრის დირექტორი, პროფესორი, ექიმი ქირურგი;
4. თინიკო ბეკოშვილი - გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრანსპლანტოლოგიის ცენტრის სტაციონარის მუდღა;
5. ნინო შალამბერიძე - ცენტრის იურისტი;

განიხილა ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ცენტრის ხელმძღვანელის ქრისტინა ალხაზოვის მიერ წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაცია და დაადგინა:

ა. წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით პოტენციურ რეციპიენტ თამაზ მარგალიტაძეს (ID 61003011892) ესაჭიროება ღვიძლის გადანერგვა, ხოლო პოტენციურ დონორ თეონა მარგალიტაძეს (ID 61001076406) არ აქვს რაიმე სამედიცინო უკუჩვენება, რათა გახდეს დონორი.

ბ. კომისიამ დარწმუნდა, რომ როგორც პოტენციური დონორი თეონა მარგალიტაძე ისე პოტენციური რეციპიენტი თამაზ მარგალიტაძე ინფორმირებულნი არიან ოპერაციის ბუნებისა და მასთან დაკავშირებული შესაძლო გართულებების შესახებ; მათ აცხსნათ, რომ გადაწყვეტილება უნდა იქნეს

მიღებული ყოველგვარი ძალდატანებისა და ფინანსური ან სხვა მატერიალური დაინტერესების გარეშე;

ვ. კომისიას არ გაჩენია ეჭვი დონაციის ალტრუისტობაში და არ აქვს რაიმე სხვა ინფორმაცია, რომელიც შეიძლება ადასტურებდეს დონაციასთან დაკავშირებულ რაიმე ანგარებას;

დ. პოტენციური დონორი ინფორმირებულია, რომ შეიძლება შეიცვალოს გადაწყვეტილება დონაციის შესახებ ნებისმიერ დროს;

ე. წარმოდგენილი საბუთებით დგინდება დონორ-რეციპიენტთა ის კავშირი (დონორი არის რეციპიენტის შვილი), როცა საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით ნებართვას გადახერგვის შესახებ გასცემს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ტრანსპლანტაციის საბჭო;

ფ. ეთიკური კომისიის გადაწყვეტილება საბოლოო ნებართვის მისაღებად გადაეგზავნოთ შესაბამის ტრანსპლანტაციურ კლინიკას და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ტრანსპლანტაციის საბჭოს.

ასოციაციის ეთიკური კომისიის თავმჯდომარე,
ასოციაციის ხელმძღვანელი,
პროფესორი





გია თომაძე