

განაცხადი დაგეგმილი ტრანსპლანტაციის შესახებ

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტი:

შპს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის საიდენტიფიკაციო კოდი:

211385767

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის მისამართი:

ფაქტობრივი:

____თბილისი, წინანდლის 9

იურიდიული:

____თბილისი, წინანდლის 9

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის საკონტაქტო ინფორმაცია:

ტელეფონი:

599194353

ელექტრონული ფოსტა:²

² არსებობის შემთხვევაში.

____keti_dalakishvili@yahoo.com

რეცეპიენტი:

სახელი: ცირა

გვარი: მასურაშვილი

პირადი ნომერი³:

4	3	0	0	1	0	4	0	1	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

რეცეპიენტის მოქალაქეობა:

____ქართველი

რეცეპიენტის საცხოვრებელი ადგილი: ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1

ფაქტობრივი მისამართი: ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1



ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი

იურიდიული მისამართი: ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1

დონორი:

სახელი: გოჩა

გვარი: მასურაშვილ

პირადი ნომერი⁴

4	3	0	0	1	0	0	4	4	7	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

დონორის მოქალაქეობა:
ქართველი

³ არსებობის შემთხვევაში

⁴ არსებობის შემთხვევაში

დონორის საცხოვრებელი ადგილი:

ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1

ფაქტობრივი მისამართი:

ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1

იურიდიული მისამართი:

ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1

დონორ/რეციპიენტს შორის არსებული კავშირის სახე: მამა/შვილი

დოკუმენტაციის წარმომდგენი პირის (რეციპიენტი/კანონიერი

წარმომადგენელი/ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტი):

საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი:

რეციპიენტი: ცირა მასურაშვილი 598 410523

ელექტრონული ფოსტა⁵:

თარიღი: 30/09/2020

⁵ არსებობის შემთხვევაში



რეციპიენტის/კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა ტრანსპლანტაციის
ოპერაციის ჩატარების შესახებ⁶

შპს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა

(ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის დასახელება)

⁶ 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.

რეციპიენტი:

სახელი: ცირა

გვარი: მასურაშვილი

პირადი ნომერი⁷:

4	3	0	0	1	0	4	0	1	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

⁷ არსებობის შემთხვევაში

რეციპიენტის მოქალაქეობა:

ქართველი

რეციპიენტის საცხოვრებელი ადგილი: ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1

ფაქტობრივი მისამართი:

ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1

იურიდიული მისამართი:

ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1

გავაცანი რა:

სამედიცინო ჩარევის არსს: თირკმლის ტრანსპლანტაცია

სამედიცინო ჩარევის ჩვენებას: თირკმლის ქრონიკული დაავადება V სტადია

მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებს:



ჰემოდიალიზი, პერიტონეული დიალიზი

სამედიცინო ჩარევის მოსალოდნელ ეფექტს:
თირკმლის ფუნქციის აღდგენა

სამედიცინო ჩარევის შესაძლო გვერდით მოვლენებს:

თირკმლის ტრანსპლანტატის მწვავე მოცილება, ტრანსპლანტაციის შემდგომი ინფექციური გართულებები, მალიგნიზაცია, გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები,

თირკმლის ტრანსპლანტატიდან სისხლდენა, ტრანსპლანტატის სისხლძარღვების

თრომბოზი, პოსტოპერაციული ინფექციები, ურინომა, ლიმფოცელე

სამედიცინო ჩარევასთან დაკავშირებულ, პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მოსალოდნელ რისკებს:

ოპერაცია მიეკუთვნება საშუალო რისკის მქონე ოპერაციას

მე - ცირა მასურაშვილი _____
(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 _____ გადანერგვის ოპერაცია.

რეციპიენტის/კანონიერი წარმომადგენლის
ხელმოწერა: გ. მსხუჩ

ექიმის ხელმოწერა: ა. ლავიშვილი

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის
პასუხისმგებელი პირის ირმა ჭოხონელიძე

ხელმოწერა: ი. ჭოხონელიძე

თარიღი: 30/09/2020



პოტენციური დონორის ინფორმირებული თანხმობა ტრანსპლანტაციის ოპერაციის
ჩატარების შესახებ⁸

_____ (ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის
დასახელება)

დონორი:

სახელი: გოჩა

გვარი: მასურაშვილი

პირადი ნომერი⁹:

4	3	0	0	1	0	0	4	4	7	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

დონორის მოქალაქეობა:

_____ ქართველი _____

დონორის საცხოვრებელი ადგილი: თბილისი

ფაქტობრივი მისამართი: ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1

იურიდიული მისამართი: ქარელი, აბაშიშვილის ქ, ჩიხი 1

გავეცანი რა:

⁸ 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.

⁹ არსებობის შემთხვევაში



ორგანოს აღებისათვის საჭირო ოპერაციული ჩარევის სახე:
დონორ ნეფრექტომია

ოპერაციული ჩარევის მოცულობა: **ოპერაცია კეთდება ზოგადი ბალანსირებული ანესთეზის ქვეშ, ოპერაცია მიეკუთვნება საშუალო სიმძიმის ოპერაციას**

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

ოპერაცია მიეკუთვნება საშუალო რისკის ოპერაციას

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

რეციპიენტის თირკმლის ფუნქციის აღდგენა

ყველა შესაძლო გარემოება, რამაც შეიძლება იმოქმედოს დონორის გადაწყვეტილებაზე:

ამ	ეტაპისათვის	არ	არის	ცნობილი
----	-------------	----	------	---------

მე **გოჩა მასურაშვილი**(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

თირკმელი

(ორგანოს დასახელება)

მოქალაქე: ცირა მასურაშვილი, პირადი # 43001040110

რეციპიენტის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი

დონორის ხელმოწერა:

გ. მასურა

ექიმის ხელმოწერა:

ქ. დავითაძე

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის

პასუხისმგებელი პირის ირმა ჯიხონელიძე

ხელმოწერა:

ი. ჯიხონელიძე

თარიღი: 30/09/2020



საბაროფლო დაბადების მოწმობა

სახელი: **ქორა**
 გვარი: **მასურაშვილი**

დაბადების თარიღი: **5 მაისი 1992 წ.** (თხუთმეტი წლის)

დაბადების ადგილი: **ქ. თბილისი**

საბაროფლო

დაბადების მოწმობა

სახელი: **ქორა**

გვარი: **მასურაშვილი**

დაბადების თარიღი: **5 მაისი 1992 წ.**

დაბადების ადგილი: **ქ. თბილისი**

საბაროფლო

დაბადების მოწმობა

სახელი: **ქორა**

გვარი: **მასურაშვილი**

დაბადების თარიღი: **5 მაისი 1992 წ.**

დაბადების ადგილი: **ქ. თბილისი**

საბაროფლო

დაბადების მოწმობა

სახელი: **ქორა**

გვარი: **მასურაშვილი**

დაბადების თარიღი: **5 მაისი 1992 წ.**

დაბადების ადგილი: **ქ. თბილისი**

საბაროფლო

დაბადების მოწმობა

გვ. № 899615