

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა,
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის მინისტრის პირველ მოადგილეს
ქალბატონ თამარ გაბუნიას

მოქალაქე ნანა ჯუღაძე
(სახელი, გვარი)

მცხოვრები გ.ბ.რ. სოფ. ჩივი
(მისამართი)



პ/ნ 59001093702
ტელ: 574 14 02 85

გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

გთხოვთ განიხილოთ წამოგზავნილი დოკუმენტები
და მოგვცეთ თანხმობა ხელმოწერა - ედგმა
გზიგადამდე. დროსი - ნანა ჯუღაძე

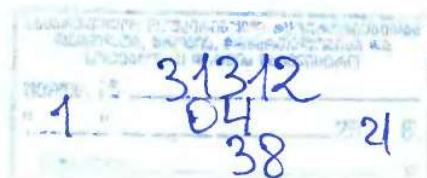
მიმღები [Signature]

თარიღი _____

დანართი _____

შენიშვნა (ხარვეზის შემთხვევაში)

ხელმოწერა [Signature]
თარიღი 04.04.2021





ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი
Center for Mental Health and Prevention of Addiction LTD
საიდენტიფიკაციო კოდი 404945164 Identification Code
საქართველო, 0186, თბილისი, პ.კავთარაძის ქ. ჩიხი N2
N2 Petre Kavtaradze Dead End, Tbilisi, 0186, Georgia. E-mail: msna@msna.ge
Tel.: (99532)2300329; (99532)2301097 Fax: (99532)2301028

N ER-4179/-3/21

თარიღი 29.03.2021

მოქ: ნანა კურტანიძე,

კომისიური საკონსულტაციო დასკვნა

მოქ: ნანა კურტანიძე, დაბ: 14.08.1984 წელს. მცხ: გორი.სოფ.რიეთი. პ/ნ 59001093702.
ამჟამად ერთჯერადი ამბულატორიული ფსიქიატრიული გამოკვლევით გ/პ - ს ფსიქიკური სფეროს მხრივ
ნორმიდან გადახრა არ აღენიშნება.

ცნობა გაიცემა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის სამინისტროში წარსადგენად.

შ.პ.ს. "ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის

პრევენციის ცენტრი"-ს გენერალური

დირექტორის მოადგილე:

/დავით ზურაბაშვილი/

ექსპერტის პ.კავთარაძის

ხელმოწერა

/თენგიზ მემარნე/

ექიმი-ფსიქიატრი:

/ნ.დავითაშვილი/



შემთხვევის ნომერი:

A20200017877

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2008წ 15.10 N.230 ბრძანებით

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა N. IV-100/ა
ცნობა 0
ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

1. ცნობის გამგეში დაწესებულების დასახელება ან/და ექიმი-სპეციალისტის გვარი, სახელი, სახელმწიფო
სერტიფიკატი მინიჭებული სპეციალობა, სახელმწიფო სერტიფიკატის ნომერი ან/და საკონტაქტო ინფორმაცია:
შპს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და ინფორმაციას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების
საუნივერსიტეტო კლინიკა

2. დაწესებულების დასახელება, მისამართი, სადაც იგზავნება ცნობა:

3. პაციენტის სახელი და გვარი: **ნანა კურტანიძე**

4. დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი): **14/08/1984**

5. პირადი ნომერი: **59001093702**

6. მისამართი: **გორი სოფ./რიეთი**

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

8. თარიღები: ა) ექიმთან მიმართვის: **29/09/2020 11:28**

ბ) სტაციონარში გაგზავნის:

გ) სტაციონარში მოთავსების:

დ) გაწერის:

9. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი (ძირითადი
დაავადება, თანმხლები
დაავადება, გართულებები):

Z00.5 ორგანოს ან ქსოვილის პოტენციური დონორის გამოკვლევა

10. გადატანილი დაავადებები:

11. მოკლე ანამნეზი:

პაციენტმა მოგვმართა მეუღლისთვის თირკმლის დონაციის წინასაოპერაციო კვლევების ჩატარების
მიზნით

პაციენტი გადატანილ დაავადებებს არ აღნიშნავს, პქონდა 1 ფიზიოლოგიური მშობიარობა

მეუღლისთვის თირკმლის დონაციის მიზნით პაციენტს ჩაუტარდა კვლევები:

1. სისხლის ჯგუფი და რეზუსი
2. კრეატინინი, შარდოვანა
3. შარდის საერთო ანალიზი
4. საშარდე გზების უქონლობა
5. Anti-HCV, HBsAg, anti-HIV, სიფილისი
6. კოაგულაციური ტესტები
7. სისხლის საერთო ანალიზი+უდს
8. სისხლის ბიოქიმიური კვლევა: ელექტროლიტები (Na; K; Ca), ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (GOT, GPT, GST, T. BIL, D.Bil), შარდმჟავა, გლუკოზა, ლიპიდური სპექტრი, საერთო ცილა, ალბუმინი

II ეტაპი კვლევების:

9. TSH, FT3, FT4

10. სისხლის ვირუსოლოგიური: CMV Ig G, IgM, EBV Ig G, IgM, HSV 1, HSV 2 Ig G, IgM; ვარიცელა
ზოსტერ (VZV) Ig G, IgM.

11. გულმკერდის რენტგენოგრაფია -

12. მუცლის ღრუს უქონლობა

13. ეკგ.

14. ექოკარდიოგრაფია

15. კარდიოლოგის კონსულტაცია

16. მუცლის კომპიუტერული ტომოგრაფია კონტრასტით

17. ჯვარედინი შეთავსების ტესტი, პანელ-რეაქტიული ანტისხეულები

18. ფარისებრი ჯირკვლის ულტრასონოგრაფიული კვლევა

19. სისხლში: CA 125, ალფაფეტოპროტეინი

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები

29.9.2020

- ZYZX90 - ნეფროლოგიის კონსულტაცია

13. ავადმყოფობის მიმდინარეობა :

14. ჩატარებული მკურნალობა :

15. მდგომარეობა სტაციონარში გაგზავნისას

16. მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას

17. სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები : პაციენტს ჩაუტარდა ყველა საჭირო წინასწრასპლანტაციო კვლევა- პრაქტიკულად ჯანმრთელი. თირკმლის დონაციის უკუჩვენება არ გამოვლინდა.

18. მკურნალი ექიმი(ექიმი-სპეციალისტი) : გიორგი გაზდელიანი

19. დაწესებულების ხელმძღვანელის / ხელმძღვანელის მოადგილის / მკურნალი ექიმის(ექიმი-სპეციალისტის) ხელმოწერა : **ბაადურ მოსიძე**

20. ცნობის გაცემის თარიღი : 29/03/2021



შემთხვევის ნომერი:

A20200017848

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2008წ 15.10 N.230 ბრძანებით

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა N. IV-100/ა

ცნობა 0

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება ან/და ექიმის სპეციალისტის გვარი, სახელი, სახელმწიფო სერტიფიკატი მინიჭებული სპეციალობა, სახელმწიფო სერტიფიკატის ნომერი ან/და საკონტაქტო ინფორმაცია:
შპს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკა

2. დაწესებულების დასახელება, მისამართი, სადაც იგზავნება ცნობა :

3. პაციენტის სახელი და გვარი : **ელდარ გრიგალაშვილი**

4. დაბადების თარიღი (რიცხვი /თვე /წელი) : **03/05/1984**

5. პირადი ნომერი : **56001003987**

6. მისამართი : **ხარაგაული ს. გრიგალათი**

7. სამუშაო ადგილი და თანამდებობა (მოსწავლის/სტუდენტის შემთხვევაში - იმ სასწავლო დაწესებულების/

სკოლის დასახელება და კლასი/კურსი, სადაც იგი სწავლობს) :

8. თარიღები: ა) ექიმთან მიმართვის : **25/09/2020 16:04**

ბ) სტაციონარში გაგზავნის :

გ) სტაციონარში მოთავსების :

დ) გაწერის :

9. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი (ძირითადი დაავადება, თანმხლები

დაავადება, გართულებები) :

N18.5 თირკმლების ქრონიკული დაავადება, სტადია 5

Z99.2 თირკმლის დიალიზზე დამოკიდებულება

N25.8 სხვა დარღვევები, გამოწვეული თირკმლების მილაკოვანი აპარატის დისფუნქციით

Z95.0 გულის ხელოვნური რიტმის გენერატორის არსებობა

Z95.2 გულის სარქველის პროთეზის არსებობა

10. გადატანილი დაავადებები :

11. მოკლე ანამნეზი :

პაციენტთან დიაგნოსტიკებულია თირკმლების ქრონიკული დაავადება სტადია V, 19.04.2019 დან იმყოფება თირკმლის ჩანაცვლებით თერაპიაზე პემოდიალიზზე, 2018 წლის აგვისტოს თვეში ჩატარებული აქვს მიტრალური და აორტის სარქველის პროტეზირება მექანიკური სარქველით, ამავდროულად სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის გამო იმპლანტირებული აქვს ორკამერიანი პეისმეიკერი. პემოდიალიზზე სისხლძარღვოვანი მიდგომა ხორციელდება გრძელვადიანი სადიალიზო კატეტერის საშუალებით. პაციენტი საჭიროებს პემოდიალიზის სესიების გაგრძელებას, კვირაში 3 ჯერ 12 - 13 საათის ხანგრძლივობით, რეკომენდებულია თირკმლის ტრანსპლანტაცია.

პაციენტს ჩაუტარდა წინასაოპერაციოდ შემდეგი კვლევები:

1) სისხლის საერთო ანალიზი + უდს

2) სისხლის ჯგუფი და რეზუსი

3) ეკგ, გულის ექოსკოპია, კარდიოლოგის კონსულტაცია, კორონაროგრაფია

4) გულმკერდის რენტგენოგრაფია

5) სისხლის ვირუსოლოგიური კვლევა: anti HCV, HBsAg, anti HIV, სიფილისი, CMV(MB.9), EBV(MB.8), HSV 1(MB.8), HSV 2(MB.8); ვარიცელლა ზოსტერ (VZV) IgG, IgM

6) ლიპიდური სპექტრი

7) ღვიძლის ფუნქციური ტესტები

8) მუცლის ღრუს უკონსოლიდაცია

9) საშარზე სისტემის უკონსოლიდაცია

10) TSH

11) განავალში helicobacter pilori-ის ანტიგენის განსაზღვრა

12) გასტროფიბროსკოპია საჭიროების მიხედვით

13) სისხლში გამა ინტერფერონის განსაზღვრის ტესტი

14) სტომატოლოგის კონსულტაცია

15) მუცლის ღრუს კტ კვლევა + მცირე მენჯი

16) PTH, Ca, P

17) ტონზილექტომია (საჭიროების მიხედვით)

18) სისხლში: CEA, PSA

19) კაცების შუბთხვევაში პროსტატის კვლევა და უროლოგის კონსულტაცია

20) კოლონოსკოპია ჩვენების მიხედვით

21) ონკოლოგის კონსულტაცია

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები

25.9.2020

- ZYZX90 - ნეფროლოგიის კონსულტაცია

13. ავადმყოფობის მიმდინარეობა :

14. ჩატარებული მკურნალობა :

15. მდგომარეობა სტაციონარში გაგზავნისას

16. მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას

17. სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები : პაციენტს უსაჭიროება თირკმლის ტრანსპლანტაცია. ჩატარებული წინასაოპერაციო კვლევებით უკუნჩვენება არ გამოვლინდა. დონორს წარმოადგენს პაციენტის მუცელზე

18. მკურნალი ექიმი(ექიმი-სპეციალისტი) : გიორგი გაზდელიანი

19. დაწესებულების ხელმძღვანელის / ხელმძღვანელის მოადგილის / მკურნალი ექიმის(ექიმი-სპეციალისტი) ხელმოწერა : **ბაადურ მოსიძე**

20. ცნობის გაცემის თარიღი : 29/03/2021



თირკმლის ტრანსპლანტაცია

რეციპიენტის და დონორის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

(შემუშავებულია საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის მიერ 2017 წელს)

დოკუმენტის მიზანია ობიექტურად ასახოს ინფორმაცია თირკმლის ტრანსპლანტაციასთან დაკავშირებული რისკების, სარგებლისა და ალტერნატიული მეთოდების შესახებ.

გამომდინარე იმ ეთიკური მოსაზრებიდან, რომ როგორც რეციპიენტმა, ისე დონორმა უნდა იცოდნენ თუ რა პოტენციური რისკის წინაშეა თითოეული მათგანი, გადაწყვეტით ოპერაციასთან დაკავშირებული ყველა შესაძლო ახლო და შორეული გართულება და მასთან დაკავშირებული რისკი გავაცნოთ ოპერაციის მონაწილე ორივე მხარეს: რეციპიენტმა უნდა იცოდეს თუ რა რისკზე მიდის დონორი, ხოლო დონორმა უნდა იცოდეს თუ როგორი შედეგი შეიძლება მოჰყვეს მის ალტრუისტულ ქმედებას.

დონორისგან ინფორმირებული თანხმობის მიღებას არ უნდა ესწრებოდეს რეციპიენტი, რეციპიენტის ოჯახის წევრი ან სხვა ადამიანი, რომელმაც შეიძლება გავლენა იქონიოს გადაწყვეტილების მიღებაზე.

ზოგადი ინფორმაცია.

თირკმელი არის ფილტრი, რომელიც ემსახურება სისხლის წმენდას და ორგანიზმიდან შარდის გზით მეტაბოლიზმის შედეგად გამომუშავებული ნარჩენი პროდუქტების გამოტანას. თირკმლის უკმარისობას ძალიან ბევრი დაავადება იწვევს. თუ თირკმელების ფუნქციონირება უარესდება, შესაბამისად ნარჩენი პროდუქტების გამოდევნაც ფერხდება. თუ ეს მდგომარეობა შეუქცევადია შესაბამისი ზომების მიუღებლობის შემთხვევაში მდგომარეობა მძიმდება და შესაძლოა პაციენტი გარდაიცვალოს.

თირკმლის ტრანსპლანტაცია თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ტერმინალური სტადიის მკურნალობის ქირურგიული მეთოდია, რომელიც გულისხმობს ჯანმრთელი, ფუნქციონირებადი ორგანოს ჩანერგვას ორგანიზმში საკუთარი, არასაკმარისად მოფუნქციე თირკმელების ჩასანაცვლებლად.

თირკმლის ტრანსპლანტაციის ალტერნატივას პერიტონული ან ჰემოდიალიზი წარმოადგენს, ამ დროს პაციენტი კვირაში სამჯერ 2-3 საათის განმავლობაში შეერთებულია ჰემოდიალიზის აპარატთან (ჰემოდიალიზის დროს) ან თვითონ იკეთებს მუცლის ღრუს ყოველდღიურ გამოორეცხვას მასში ჩადგმული კათეტერის საშუალებით (პერიტონული დიალიზის დროს). დიალიზის მეთოდის გამოყენებისას პაციენტის სიცოცხლის ხანგრძლივობა ნაკლები, ხოლო ცხოვრების ხარისხი შეუდარებლად დაბალია.

ოპერაციის ტექნიკური დეტალები.

დონორისგან თირკმლის ამოღების და რეციპიენტისთვის გადანერგვის ოპერაცია ზოგადი გაუტკივარების ფონზე წარმოებს. დონორის შემთხვევაში განაკვეთი წელის არეშია, რეციპიენტის შემთხვევაში - თემოს მარჯვენა ან მარცხენა ფოსოს არეში. დონორიდან ერთ-ერთი თირკმლის ამოკვეთის შემდეგ იგი ინერგება რეციპიენტის სხეულში: დონორის თირკმლის არტერია და ვენა მიკერდება რეციპიენტის თემოს არტერიასა და ვენას, ხოლო შარდსაწვეთი - რეციპიენტის შარდის ბუშტს. ამ უკანასკნელში, ოპერაციის დროს შეიძლება დატოვებული იქნეს პატარა ზომის კათეტერი (სტენტი), რომელიც ამოღებული იქნება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში.

უმრავლეს შემთხვევაში რეციპიენტის თირკმელები არ ამოიღება, თუ იგი არ არის ძალიან დიდი პოლიკისტოზურად გადაგვარებულობის გამო ან თუ არ წარმოადგებს ინფექციის წყაროს.

დონორის ოპერაცია შესაძლოა ჩატარდეს ლაპაროსკოპიულად (მცირე განაკვეთით, ენდოსკოპიური აპარატურის გამოყენებით). შესაძლოა გადანერგვის წინ საჭირო გახდეს დონორიდან ამოღებული თირკმლის სისხლძარღვების რეკონსტრუქცია. ამ დეტალებს მკურნალი ექიმი გაგაცნობთ.

დონაციის ნებაყოფლობითობა და ალტრუიზმი.

დონორის თანხმობა ოპერაციაზე უნდა იყოს ნებაყოფილობითი, ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე, უანგარო.

ორგანოში თანხის აღება ან სხვა მატერიალური დაინტერესება ითცვლება ორგანოს ტრეფიკინგად და ისჯება კანონით როგორც კრიმინალური ქმედება.

დონორს უფლება აქვს შეიცვალოს გადაწყვეტილება ნებისმიერ დროს.

ოპერაციის მოსალოდნელი შედეგი.

წარმატებული თირკმლის ტრანსპლანტაციის შემთხვევაში:

1. დიალიზი აღარ არის საჭირო. პაციენტების უმრავლესობაში თირკმლის ტრანსპლანტაციის შემდგომ უმჯობესდება ცხოვრების ხარისხი და ხანგრძლივობა გაცილებით მაღალია იმ პაციენტებთან შედარებით რომლებიც იმყოფებიან დიალიზზე;
2. პაციენტებში უმჯობესდება სისხლის მაჩვენებლები, ძვლების მდგომარეობა, ზრდა, მადა. დიალიზთან შედარებით ნაკლებად იზღუდება საკვები პროდუქტები;
3. დონორი არის პრაქტიკულად ჯანმრთელი. კლინიკიდან გაწერის შემდეგ არ ესაჭიროება არავითარი მედიკამენტური მკურნალობა.

ოპერაციასთან დაკავშირებული რისკი.

ოპერაციული ჩარევა დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან, როგორც რეციპიენტის, ისე დონორის მხრივ, რაც გაცნობიერებული უნდა იქნეს ოპერაციამდე, გადაწყვეტილების მიღების დროს.

- როგორც რეციპიენტთან, ისე დონორთან პოსტოპერაციულად შესაძლოა განვითარდეს ჭრილობასთან დაკავშირებული პრობლემები, კერძოდ, გამოწვდენი ან დაინფიცირება, რისთვისაც შესაძლოა დაგჭირდეთ მისი დრენირების მიზნით ჭრილობაში დროებითი დრენაჟის ჩაყენება. შესაძლოა პოსტოპერაციულად განვითარდეს თიაქარი.
- როგორც დონორს, ისე რეციპიენტს, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში შეიძლება აღენიშნოთ ტკივილი ჭრილობის არეში, რომლის ინტენსივობა ქვეითდება რამოდენიმე კვირის განმავლობაში. იშვიათ შემთხვევებში შესაძლებელია ტკივილის გახანგრძლივება, რომლის კუპირებისათვის საჭირო ხდება ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების გამოყენება. პაციენტების მცირე ნაწილში

ასევე შესაძლებელია ჭრილობის მიმდებარე არის მგრძნობელობის დაქვეითება ან სრული გაქრობა.

- როგორც რეციპიენტთან, ისე დონორთან (უფრო ნაკლები ალბათობით) შესაძლოა დადგეს სისხლის გადასხმის საჭიროება. ოპერაციამდე ხელი უნდა მოეწეროს სისხლის და სისხლის პროდუქტების გადასხმის ინფორმირებული თანხმობის ფორმას, ვინაიდან სისხლი ცოცხალი ქსოვილია და მის გადასხმასთან დაკავშირებულია ისეთი რისკები, როგორიცაა ინფექცია, ალერგიული რეაქცია და სხვ.
- რეციპიენტების დაახლოებით 5 %-ში ოპერაციის მსვლელობის დროს და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში შესაძლოა განვითარდეს ისეთი ქირურგიული გართულებები, როგორიცაა სისხლდენა, ინფექცია, შარდსაწვეთის ნაკერის უკმარისობით გამოწვეული შარდის ჟონვა (ურინომა), თიაქარი, სისხლძარღვების თრომბოზი, შარდსაწვეთის სტენოზი, ლიმფის ჟონვა, რისთვისაც ხანდახან საჭირო ხდება დამატებითი ქირურგიული ჩარევები. პაციენტების მცირე ნაწილში ზემოთაღნიშნული გართულებების ფონზე შესაძლოა დადგეს ლეტალური გამოსავალი.
- პოსტოპერაციულ პერიოდში შეიძლება განვითარდეს მოცილების საწინააღმდეგო მკურნალობის გვერდითი მოვლენები, კერძოდ: გამონაყარი კანზე, ოსტეოპოროზი, ოსტეონეკროზი, დიაბეტი, ჭარბთმიანობა ან თმის ცვენა, არტერიული წნევის მომატება, ქოლესტერინის მომატება, სიმსივნის (განსაკუთრებით კანის და ლიმფომის) რისკის გაზრდა, ინფექცია, შეშუპება, წონაში მომატება.
- პაციენტებს, რომელთანაც ხორციელდება თირკმლის გადანერგვა, მთელი დარჩენილი ცხოვრების განმავლობაში, სანამ ატარებენ გადანერგილ ორგანოს, ორგანიზმის მიერ თირკმლის ტრანსპლანტატის მოცილების თავიდან აცილების მიზნით ესაჭიროებათ იმუნოსუპრესიული მედიკამენტების მიღება. ამ მედიკამენტებმა შესაძლოა გამოიწვიონ სერიოზული და პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები, როგორიცაა ინფექცია, სხვადასხვა ტიპის ავთვისებიანი სიმსივნე, თირკმლის უკმარისობა და ნერვული სისტემის დაზიანება. ამ მედიკამენტებმა შესაძლოა ასევე გამოიწვიონ სისხლის წნევის მატება, ქოლესტერინის დონის მატება, ძვლების დასუსტება, ძვლის ტვინზე ზემოქმედება და კოსმეტიკური გვერდითი ეფექტები: სახის შეშუპება, აკნე, ჭარბთმიანობა ან თმის ცვენა.
- რეციპიენტებში, დაახლოებით 10%-მდე შემთხვევებში, შესაძლებელია ისეთი სერიოზული გართულებების განვითარება, როგორიცაა: პნევმოხია, მსხვილი ვენების თრომბოზი, დონორიდან დასნებოვნება, რეციპიენტის ძირითადი დაავადების გადანერგილ ორგანოში აღმოცენება, ტრანსპლანტატის ფუნქციონირების დაქვეითება ან დასაწყისიდანვე უფუნქციოება, მულტიორგანული უკმარისობა, მიოკარდიუმის ინფარქტი, ინსულტი, ავთვისებიანი სიმსივნეები. იმუნოსუპრესიის მიუხედავად 8-10 %-ში გადანერგილი ორგანოს მოცილების რეაქციის განვითარება. შესაძლებელია ზემოაღნიშნულმა გართულებებმა გამოიწვიონ პაციენტის სიკვდილიც.

- ორგანოს გადანერგვის შემდგომ არსებობს ფსიქიური დაავადებების განვითარების ალბათობა, რაც მოიცავს დეპრესიას, პოსტ-ტრავმულ სტრესის დაავადებას, გენერალიზებულ შფოთვას, სხვა პიროვნებაზე მიჯაჭვულობის განვითარებას, რაც ხშირად საჭიროებს ფსიქიატრიულ დახმარებას.
- დონორ-ნეფრექტომიამ შესაძლოა გარკვეულად იმოქმედოს ჯანმრთელობის შორეულ გამოსავალზე. გართულება ყველაზე ხშირად გამოვლინდება არტერიული წნევის მცირედი მატებით და თირკმლის ფუნქციის მსუბუქი დაქვეითებით. ათწლეულების შემდეგ, მინიმალურად იზრდება თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის (დიალიზის) საჭიროების ან სიკვდილის რისკი. დიალიზზე დამოკიდებულება შესაძლოა განვითარდეს 100-დან 1-ზე ნაკლებ შემთხვევაში. თირკმლის დონორობასთან დაკავშირებული ოპერაციის შემდგომი სიკვდილის ალბათობა საერთაშორისო სტატისტიკიდან გამომდინარე 3000-ში 1-ის ტოლია;
- რისკის ცვალებადობა დამოკიდებულია ინდივიდუალურ მონაცემებზე: ასაკი, არტერიული წნევის მაჩვენებელი, თირკმლის ფუნქცია და სხვა ნაწილი თუ უცნობი ფაქტორები.
- შორეული გამოსავლის წინასწარ განსაზღვრა უფრო რთულია ახალგაზრდა დონორის შემთხვევაში (<25-35 წელი), ვიდრე შედარებით ხანდაზმულ ასაკში (მაგ.: >50 წელი). განსაკუთრებით რთულდება რისკის განსაზღვრა, თუ დონორის ოჯახის წევრს დიაგნოსტირებული აქვს თირკმლის დაავადება ან/და შაქრიანი დიაბეტი.
- დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დონორის ჯანსაღი ცხოვრების წესს. დონაციის შემდეგ აუცილებელია რეგულარული ფიზიკური აქტივობა, ჭარბი წონის თავიდან აცილება, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა. დონორმა საჭიროა განახორციელოს ყოველწლიური ამბულატორიული ვიზიტი ტრანსპლანტაციის ცენტრში, რათა დროულად გამოვლინდეს პათოლოგიური ცვლილებები: მაღალი არტერიული წნევა, შარდში ცილის გამოყოფა, ჭარბი წონა, გლუკოზის მაჩვენებლის მატება სისხლში და ჩატარდეს შესაბამისი საპრევენციო ღონისძიებები. გასათვალისწინებელია, რომ მსგავსი ცვლილებები შესაძლოა განვითარდეს ყველა ინდივიდში, თირკმლის დონაციის მიუხედავად.
- მცირე შემთხვევებში, მდებარეობითი სქესის დონორს, რომელიც გეგმავს ორსულობას დონაციის შემდეგ, აქვს პრეეკლამფსიისა და გესტაციური ჰიპერტენზიის განვითარების მომატებული რისკი. აღნიშნული პათოლოგიების მართვა შესაძლოა მოხდეს ორსულობის სხვა გართულებების (საკეისრო კვეთის საჭიროება, მშობიარობის შემდგომი ჰემორაგია, ნაადრევი მშობიარობა, მცირე წონის ნაყოფი, მკვდარშობადობა, დედის ან ნაყოფის სიკვდილი) განვითარების გარეშე.

გავეცანი ინფორმირებული თანხმობის ფორმაში მოყვანილ ინფორმაციას:

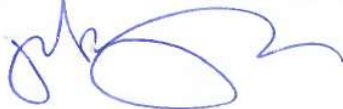
დონორის გვარი, სახელი, ხელმოწერა, თარიღი:

ნანა კუხიანიძე ნათესაძე 29.03.21

რეციპიენტის გვარი, სახელი, ხელმოწერა, თარიღი:

გოგიაშვილი ედიტა, ე.გ.ე. 29.03.21.

მკურნალი ექიმის (ოპერატორის) გვარი, სახელი, ხელმოწერა, თარიღი:

გაბეგიანი ვიქტორი,  29.03.21.

ტრანსპლანტაციაში არამონაწილე ექიმის გვარი, სახელი, ხელმოწერა, თარიღი:

ყსია ზესედი, ი. იუჩი 29.03.21.

ვებგვერდი, 29/05/2017
სარეგისტრაციო კოდი
470230000.22.035.016446

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის
ბრძანება №01-31/5
2017 წლის 29 მაისი ქ. თბილისი

ტრანსპლანტაციის საბჭოს დებულების დამტკიცების შესახებ

„ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 28-ე მუხლის
შესაბამისად, ვბრძანებ:

მუხლი 1

დამტკიცდეს თანდართული ტრანსპლანტაციის საბჭოს დებულება.

მუხლი 2

ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრი

კატერინე ტიკარაძე

დანართი

ტრანსპლანტაციის საბჭოს
დებულება

მუხლი 1. ტრანსპლანტაციის საბჭოს სტატუსი

ტრანსპლანტაციის საბჭო (შემდგომში – საბჭო) არის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის სათათბირო ორგანო.

მუხლი 2. საბჭოს საქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლები

თავის საქმიანობაში საბჭო ხელმძღვანელობს საქართველოს კონსტიტუციით, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით, საქართველოს საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებითა და ამ დებულებით.

მუხლი 3. საბჭოს შემადგენლობა

1. საბჭოს პირველადი შემადგენლობა განისაზღვრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით. საბჭოს შემადგენლობაში ცვლილების

საკითხს წყვეტს საბჭო, სრული შემადგენლობის უმრავლესობით და ფორმდება საბჭოს გადაწყვეტილებით.

2. საბჭოს მუშაობაში მონაწილეობის უფლება აქვთ საქართველოს პარლამენტისა და საქართველოს მთავრობის სხვა წევრებს, სახელმწიფო დაწესებულებების, არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციების, ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების წარმომადგენლებს და დამოუკიდებელ დარგობრივ ექსპერტებს.

3. საბჭოს სამდივნოს ფუნქციებს ასრულებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომში – სამინისტრო) ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.

მუხლი 4. საბჭოს ფუნქციები

საბჭოს ფუნქციებია:

ა) ადამიანის ორგანოს, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილებისა და უჯრედების (შემდგომში – ორგანოს) ნებაყოფლობით გაცემასთან, აღებასთან, შენახვასთან და „ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრულ შემთხვევებში, სხვა ადამიანისათვის გადანერგვასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვა;

ბ) სამინისტროსათვის რეკომენდაციების მიწოდება ორგანოთა ექსპორტ-იმპორტთან დაკავშირებულ (მ.შ. წერილობითი თანხმობის გაცემასთან, წერილობითი თანხმობის გაუქმებასთან და სხვ.) საკითხებზე;

გ) ორგანოთა გადანერგვის სფეროში კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინების) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) მომზადების ხელშეწყობა;

დ) ორგანოთა გადანერგვის სფეროში კანონმდებლობის სრულყოფის მიმართულებით წინადადებების მომზადება;

ე) ორგანოთა გადანერგვის სფეროში საერთაშორისო ვალდებულებების შესრულების მიმართულებით სამინისტროს მხარდაჭერა;

ვ) ორგანოთა გადანერგვის სფეროში არსებული პრობლემური საკითხების განხილვა და, საჭიროების შემთხვევაში, შესაბამისი უწყებებისათვის სათანადო რეკომენდაციების მიწოდება;

ზ) ორგანოთა გადანერგვის სფეროში სხვადასხვა ქვეყნების კლინიკებთან თანამშრომლობის ხელშეწყობა, მათ შორის, სამეცნიერო-პრაქტიკული მიმართულებით;

თ) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა, ადგილობრივ და საერთაშორისო ექსპერტთა/ორგანიზაციათა ძიერ ორგანოთა გადანერგვის მიმართულებით წარდგენილი წინადადებების, რეკომენდაციებისა და ნაშრომების განხილვა და, საჭიროების შემთხვევაში, სათანადო რეკომენდაციების მომზადება;

ი) ორგანოთა გადანერგვის მიმართულებით ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის მზადებასთან (მ.შ. უწყვეტ სამედიცინო განათლებასთან) დაკავშირებული პროგრამების შემუშავების ხელშეწყობა, მათ განხილვაში ჩართულობა და, საჭიროების შემთხვევაში, სათანადო რეკომენდაციების მომზადება;

კ) საექიმო სუბსპეციალობაში – „ტრანსპლანტოლოგია“ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების განმსაზღვრელი დოკუმენტის (მოწმობის) მინიჭებასთან

დაკავშირებით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭოსათვის რეკომენდაციების მიწოდება;

ლ) ორგანოთა გადანერგვის ახალი მეთოდების თაობაზე ინფორმაციის განხილვა და საჭიროების შემთხვევაში, სათანადო რეკომენდაციების მომზადება;

მ) ორგანოთა გადანერგვის სფეროში ჩართულ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა საქმიანობის კოორდინირების ხელშეწყობა;

ნ) საქართველოში გვამურ ორგანოთა გადანერგვის სტიმულირების გზების განხილვა, სათანადო რეკომენდაციების შემუშავება და შესაბამისი უწყებებისათვის მიწოდება;

ო) საბჭოს კომპეტენციებიდან გამომდინარე, ორგანოთა გადანერგვის სფეროში სათანადო რეესტრების წარმოება (მ.შ. სამედიცინო დაწესებულებათა რეესტრი, რომლებიც ფლობენ ორგანოთა ექსპორტ-იმპორტის თანხმობას, ტრანსპლანტაციის საბჭოს გადაწყვეტილებათა რეესტრი ცოცხალი დონორისაგან ორგანოთა აღების შემთხვევების შესახებ);

პ) კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა უფლებამოსილებების განხორციელება.

მუხლი 5. საბჭოს უფლებამოსილებანი

საბჭო თავისი საქმიანობის განსახორციელებლად უფლებამოსილია:

ა) მოამზადოს რეკომენდაციები და წინადადებები დასახული ამოცანების მისაღწევად;

ბ) შეისწავლოს დასახული ამოცანების შესრულების ხარისხი და შეიმუშაოს რეკომენდაციები მათი ეფექტურობის ამაღლების მიზნით;

გ) თავისი კომპეტენციის ფარგლებში მოითხოვოს და მიიღოს ყველა სახის საჯარო ინფორმაცია სამთავრობო, არასამთავრობო და დონორი ორგანიზაციებისაგან, ასევე, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისაგან;

დ) განახორციელოს მაკოორდინირებელი ორგანოს ფუნქცია ორგანოთა გადანერგვის სფეროში, სიტუაციური ანალიზისა და არსებული კვლევების მონაცემთა საფუძველზე, შეიმუშაოს დარგის განვითარებისათვის საჭირო სტრატეგიები და მიაწოდოს რეკომენდაციები მინისტრს და სხვა შესაბამის ორგანოებს, მარეგულირებელი გარემოს სრულყოფისათვის;

ე) მოამზადოს წინადადებები საბჭოს შემადგენლობაში ცვლილებების შეტანის შესახებ;

ვ) განახორციელოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა უფლებამოსილებანი.

მუხლი 6. საბჭოს წევრის უფლებამოსილებანი

1. საბჭოს წევრი უფლებამოსილია:

ა) წინასწარ გაეცნოს განსახილველ საკითხებს, მოითხოვოს დამატებითი ინფორმაცია, გამოთქვას აზრი და მიაწოდოს საბჭოს საკუთარი წინადადებები;

ბ) განახორციელოს კანონმდებლობით მისთვის მინიჭებული სხვა უფლებამოსილებანი.

2. საბჭოს წევრს განსახილველი საკითხის მიმართ ინტერესთა კონფლიქტის წარმოქმნის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა შეუწყდეს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მონაწილეობის მიღების უფლება.

მუხლი 7. საბჭოს საქმიანობის ზოგადი წესი

1. საბჭოს სხდომები იმართება თავმჯდომარის მოწვევით ან საბჭოს სიითი შემადგენლობის ერთი მესამედის მოთხოვნით.

2. საბჭოს სხდომა იმართება წინასწარ შეთანხმებული დღის წესრიგის მიხედვით.

3. საბჭოს სხდომას ხელმძღვანელობს საბჭოს თავმჯდომარე.

4. საბჭო უფლებამოსილია, თუ სხდომას ესწრება წევრთა ორი მესამედი.

5. გადაწყვეტილების მიღება ხდება ღია კენჭისყრით. კონკრეტულ საკითხებთან მიმართებით საბჭომ, კანონმდებლობით დადგენილი წესით, შეიძლება მიიღოს გადაწყვეტილება ფარული კენჭისყრის გამართვის შესახებ. გადაწყვეტილება მიიღება საბჭოს დამსწრე წევრთა უმრავლესობით. ხმათა თანაბრად გაყოფის შემთხვევაში, გადაწყვეტია თავმჯდომარის ხმა.

6. საბჭოს გადაწყვეტილება ფორმდება ოქმით, რომელსაც ხელის მოწერით ადასტურებს სხდომის თავმჯდომარე და მდივანი.

7. თავმჯდომარის გადაწყვეტილებით ან მასთან შეთანხმებით, საბჭოს მუშაობაში მონაწილეობის მისაღებად, შეიძლება მოწვეულ იყვნენ გარეშე პირები (დარგის სპეციალისტები), სათათბირო ხმის უფლებით.

8. საბჭოს საქმიანობის ორგანიზაციულ-ტექნიკურ უზრუნველყოფას ახორციელებს მდივანი (სამდივნო).

9. მდივანი (სამდივნო) ვალდებულია, სხდომაზე განსახილველი საკითხები სათანადო მასალებთან ერთად არანაკლებ სამი დღით ადრე მიაწოდოს საბჭოს ყველა წევრს, მოწვეულ სპეციალისტებსა და სხვა დაინტერესებულ პირებს.

10. კონკრეტული საკითხების მნიშვნელობიდან გამომდინარე, გარკვეული ღონისძიებების განხორციელების, მათზე მონიტორინგისა და რეკომენდაციების შემუშავების მიზნით საბჭო უფლებამოსილია, შექმნას სამუშაო ჯგუფები როგორც საბჭოს წევრებისგან, ასევე, მოწვეული ექსპერტების შემადგენლობით, რომლებიც ანგარიშვალდებულნი იქნებიან საბჭოს წინაშე.

მუხლი 8. „ელექტრონული საბჭოს“ სხდომების გამართვის წესი

1. გარკვეული საკითხების (მ.შ. ცოცხალი დონორისაგან გადანერგვის მიზნით ორგანოს ამოღება „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრულ შემთხვევებში, ორგანოთა ექსპორტ-იმპორტთან დაკავშირებით წერილობითი თანხმობის გაცემა) განხილვა შესაძლებელია განხორციელდეს ელექტრონულ ფორმატში, საბჭოს სამდივნოს მიერ საბჭოს თავმჯდომარისა და წევრებისადმი შესაბამისი მასალის/დოკუმენტაციის ელექტრონული ფოსტით გადაგზავნის საშუალებით.

2. საბჭოს წევრები ვალდებული არიან, 48 საათში მისცენ ხმა განსახილველ საკითხს („მომხრე“, „წინააღმდეგი“, „თავი შეიკავა“).

3. საბჭოს წევრის მიერ განსახილველი საკითხისადმი პოზიციის – „წინააღმდეგი“ დაფიქსირების შემთხვევაში, ის ვალდებულია, დაასაბუთოს უარის თქმის მიზეზი.

4. საბჭოს წევრთა სრული შემადგენლობის უმრავლესობის მიერ განსახილველი საკითხის მხარდაჭერის შემთხვევაში, საკითხი ითვლება შეთანხმებულად. ხმების თანაბრად გაყოფის შემთხვევაში, გადამწყვეტია თავმჯდომარის ხმა.

5. ამ მუხლით გათვალისწინებული პროცედურის დასრულების შემდეგ დგება ელექტრონული საბჭოს სხდომის ოქმი, რომელშიც აისახება ელექტრონული საბჭოს მიერ საკითხის შეთანხმების შედეგი და მიღებული გადაწყვეტილება.

მუხლი 9. საბჭოს თანხმობა ცოცხალი დონორისაგან ორგანოს აღების შესახებ

1. ცოცხალი დონორებისაგან გადანერგვის მიზნით ორგანოს ამოღება დასაშვებია მხოლოდ „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრულ შემთხვევებში.

2. საბჭოს თანხმობა ცოცხალი დონორისაგან ორგანოთა გადანერგვის თაობაზე მიიღება საბჭოს სამდივნოსადმი რეციპიენტის/კანონიერი წარმომადგენლის/ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის¹ მიერ შემდეგი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემთხვევაში:

ა) განაცხადი დაგეგმილი ტრანსპლანტაციის შესახებ (დანართი №1.1);

ბ) რეციპიენტის ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (სამედიცინო დოკუმენტაცია – ფორმა №IV-100/ა);

გ) პოტენციური დონორის ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა), რომელიც, ასევე მოიცავს ექიმ-ფსიქიატრის მიერ მის შეფასებას (ან შესაბამისი ექიმი-სპეციალისტის/სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემული ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა № IV-100/ა));

შპს თსსუ და ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკა

¹სამედიცინო დაწესებულება, სადაც იგეგმება ოპერაციის ჩატარება;

დ) რეციპიენტის/კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა ტრანსპლანტაციის ოპერაციის ჩატარების შესახებ (დანართი №1.2);

ე) პოტენციური დონორის ინფორმირებული თანხმობა ტრანსპლანტაციის ოპერაციის ჩატარების შესახებ (დანართი №1.3);

ვ) დოკუმენტაცია, რომელიც ადასტურებს პოტენციური დონორისა და რეციპიენტის წინასწარ ჩატარებულ ანტიგენურ თავსებადობას (კვლევის შედეგები);

ზ) ნოტარიულად დამოწმებული ნათესაური კავშირის დამადასტურებელი დოკუმენტები (მ.შ. დაბადების მოწმობა, ქორწინების მოწმობა და სხვ.);

თ) შესაბამისი დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციის ან სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის ეთიკური კომისიის რეკომენდაცია, რომ დაგეგმილი გადანერგვა შეესაბამება საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის მოთხოვნებს.

3. ამ მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული დოკუმენტაცია საბჭოს სამდივნოში წარდგენილი უნდა იქნეს ტრანსპლანტაციის ოპერაციის განხორციელებამდე 15 სამუშაო

დღით ადრე.

4. საბჭოს სამდივნო შემოსულ დოკუმენტაციას განიხილავს 3 სამუშაო დღის ვადაში. არასრულყოფილი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემთხვევაში განაცხადის წარმომდგენს (რეციპიენტი/რეციპიენტის კანონიერი წარმომადგენელი/სამედიცინო დაწესებულება) ეძლევა 2 სამუშაო დღე დოკუმენტაციის მოსაწესრიგებლად, რომლის თაობაზეც მას ეცნობება საბჭოს სამდივნოს მიერ.

5. ცოცხალი დონორისაგან ორგანოთა გადანერგვის თაობაზე თანხმობის გაცემის პროცესში საბჭოს სამდივნო უფლებამოსილია, მოითხოვოს ტრანსპლანტაციასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სხვა დოკუმენტაცია, ასევე შეისწავლოს და გადაამოწმოს ტრანსპლანტაციის პროცესთან დაკავშირებული კონკრეტული გარემოებები.

6. იმ შემთხვევაში, თუ ამ მუხლის მე-4 პუნქტით დადგენილ ვადაში საბჭოს სამდივნოში არ იქნება წარდგენილი შესაბამისი დოკუმენტები, საბჭოს სამდივნოს მიერ განაცხადის წარმომდგენს ეგზავნება ოფიციალური შეტყობინება ორგანოთა გადანერგვის ოპერაციაზე უარის თქმის შესახებ.

7. დოკუმენტაციის სრულყოფილად წარმოდგენის შემთხვევაში წარმოდგენილ განაცხადსა და დოკუმენტაციას განიხილავს საბჭო.

8. საბჭოს თანხმობა ცოცხალი დონორისაგან ორგანოთა გადანერგვის თაობაზე გაიცემა განაცხადის გაკეთებიდან არაუმეტეს 8 სამუშაო დღის ვადაში.

9. ამ მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული დოკუმენტაციის გაყალბება გამოიწვევს პასუხისმგებლობას მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით.

10. პლაცენტისა და ჭიპლარის სისხლის ღეროვანი უჯრედების, ასევე, ძვლის ტვინის გადანერგვა სხვა ადამიანისათვის მკურნალობის მიზნით არ საჭიროებს ტრანსპლანტაციის საბჭოს თანხმობას. ამ შემთხვევაში პლაცენტისა და ჭიპლარის სისხლის ღეროვანი უჯრედების გადანერგვა უნდა განხორციელდეს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით.

მუხლი 10. საბჭოსათვის ინფორმაციის მიწოდება ორგანოთა გადანერგვის ოპერაციის განხორციელების შემდეგ

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტი ვალდებულია, ინფორმაცია (პაციენტის გაწერისას შევსებული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა-ფორმა №IV-100/ა-ს ასლი) ორგანოთა გადანერგვის ოპერაციის თაობაზე მიაწოდოს საბჭოს სამდივნოს რეციპიენტის გაწერიდან 10 სამუშაო დღეში.

მუხლი 11. ჯვარედინი დონორობის პრინციპით ორგანოების აღებისა და გადანერგვის წესი

ჯვარედინი დონორობის შემთხვევაში ორგანოთა აღება და გადანერგვა ხორციელდება ამ ბრძანების მე-9 და მე-10 მუხლებით დადგენილი წესით.

დანართი №1 .1

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:

591 00-06-04

ელექტრონული ფოსტა:²

giorgi.gardeliani@hotmail.com

არსებობის შემთხვევაში.

რეციპიენტი:

სახელი:

გვარი:

პირადი ნომერი³:

56001003984

რეციპიენტის მოქალაქეობა:

ქართველი

რეციპიენტის საცხოვრებელი ადგილი:

სახელმწიფო, სოფელი ქიქვილი

ფაქტობრივი მისამართი:

სახელმწიფო, სოფელი ქიქვილი

იურიდიული მისამართი:

ხახუაძე, სოფელი გოგოლაძი

დონორი:

სახელი: ნანა

გვარი: კუხიანიძე

პირადი ნომერი⁴ 59001093702

დონორის მოქალაქეობა:

ქართველი

³ არსებობის შემთხვევაში

⁴ არსებობის შემთხვევაში

დონორის საცხოვრებელი ადგილი: ხახუაძე, სოფელი გოგოლაძი

ფაქტობრივი მისამართი: ხახუაძე, სოფელი გოგოლაძი

იურიდიული მისამართი: გიორგი ხაიანი, სოფელი ხეივანი

დონორ/რეციპიენტს შორის არსებული კავშირის სახე: ცოლ-ქმარი

დოკუმენტაციის წარმომდგენი პირის (რეციპიენტი/კანონიერი

წარმომადგენელი/ტრანსპლანტაციის სერვისის განმასრვლებელი სუბიექტი):

საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი:

574 14-02-85

ელექტრონული ფოსტა⁵:

kurtanidrepanika@gmail.com

თარიღი: 29.03.2021

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: *ვესი*
გვარი: *გოგუაძე*

პირადი ნომერი⁷:

5	6	0	0	1	0	0	3	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

⁷ არსებობის შემთხვევაში

რეციპიენტის მოქალაქეობა: ქართველი

რეციპიენტის საცხოვრებელი ადგილი: *სახყუო, სოფელ გოგუაძე*

ფაქტობრივი მისამართი: *სახყუო, სოფელ გოგუაძე*

იურიდიული მისამართი: *სახყუო, სოფელ გოგუაძე*

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

ვახაჟი კახიკაშვილი
(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 თირკმლის გადანერგვის ოპერაცია.

რეციპიენტის/კანონიერი წარმომადგენლის

ხელმოწერა: ✓ ვ. კახიკაშვილი

ექიმის ხელმოწერა: გ. გვარამია

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის
პასუხისმგებელი პირის

ხელმოწერა: ი. ჭიჭინაძე

თარიღი: 29.03.2021

დანართი №1.3

პოტენციური დონორის ინფორმირებული თანხმობა ტრანსპლანტაციის ოპერაციის
ჩატარების შესახებ⁸

შპს თსსუ და ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო
კლინიკა

(ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის
დასახელება)

დონორი:

სახელი: ნანა

გვარი: გუჩუაძე

პირადი ნომერი⁹: 59001093402

დონორის მოქალაქეობა:

ქართველი

დონორის საცხოვრებელი ადგილი:

ფაქტობრივი მისამართი:

ბახვაძე, სოფელი გიგუხეთი

იურიდიული მისამართი:

გოხო, სოფელი ხიჯი

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 აღმზრდელის 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
მეყსეული 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

(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:

გიორგი გიორგაძე 56001003987
რეციპიენტის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი

დონორის ხელმოწერა:

✓ გ. გიორგაძე

ექიმის ხელმოწერა:

გ. გიორგი

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმასხვრციელებელი სუბიექტის

პასუხისმგებელი პირის

ხელმოწერა:

გ. გიორგი

თარიღი:

29.03.2021

პაციენტი გრიგოლაშვილი ელდარი 35წ

დაბადების თარიღი

pre-trans
pre-plasmapheresis

post-transpl
post-plasmapheresis

მასალის აღების თარიღი 11.11.2020

Flow PRA

PRA Class I (HLA I IgG)

neg

PRA Class II (HLA II IgG)

neg

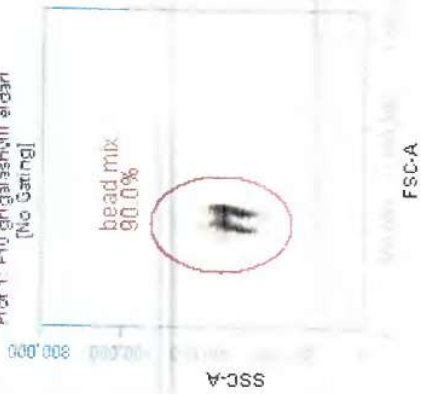
გამოკვლევა შესრულა

[Signature]

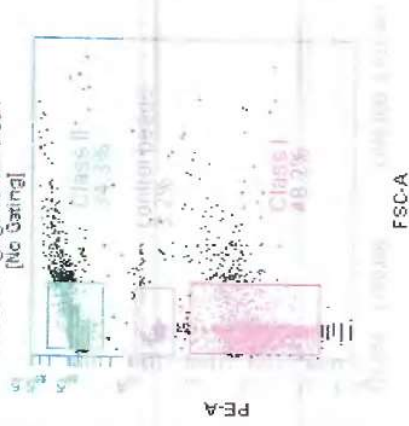
[Signature]

თარიღი 13.11.2020

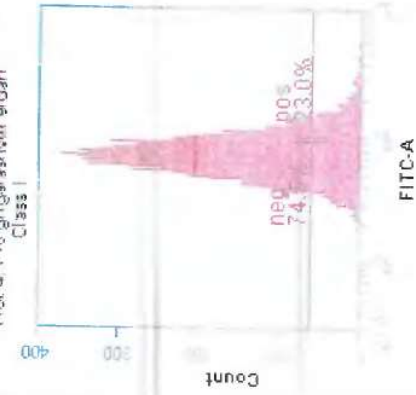
Plot 1: F10 grigalashvili eldar
(No Gating)



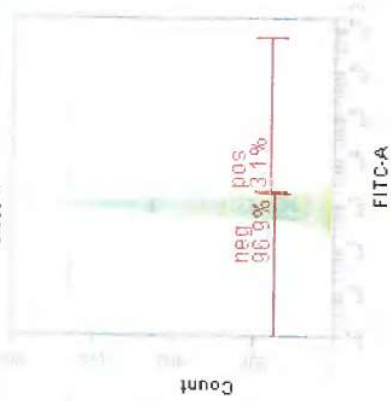
Plot 3: F10 grigalashvili eldar
(No Gating)



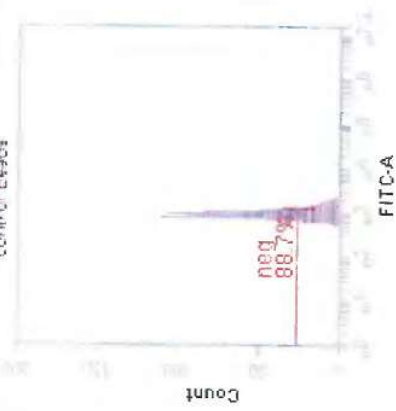
Plot 4: F10 grigalashvili eldar
Class I



Plot 5: F10 grigalashvili eldar
Class II



Plot 6: F10 grigalashvili eldar
control beads



Plot 1: F10 grigalashvili eldari	Count	Volume (µL)	% of This Plot	% of All	Mean FSC-A	Mean SSC-A	CV FSC-A	CV SSC-A	Median FSC-A	Median SSC-A
All	19 865	48	100.00%	100.00%	567 928.43	346 650.83	51.35%	107.43%		
bead mix	17 685	48	90.02%	90.02%	548 899.38	329 112.57	9.95%	12.74%		

Plot 3: F10 grigalashvili eldari	Count	Volume (µL)	% of This Plot	% of All	Mean FSC-A	Mean PE-A	CV FSC-A	CV PE-A	Median FSC-A	Median PE-A
All	19 865	48	100.00%	100.00%	567 928.43	26 315.20	51.35%	145.58%		
Class I	9 570	48	48.18%	48.18%	574 821.61	106.74	8.99%	71.05%		
control beads	635	48	3.20%	3.20%	563 521.26	3 510.92	8.65%	27.17%		
Class II	6 808	48	34.27%	34.27%	526 045.66	67 712.46	15.69%	24.12%		

Plot 4: F10 grigalashvili eldari Gated on Class I	Count	Volume (µL)	% of This Plot	% of All	Mean FITC-A	CV FITC-A	Median FITC-A
This Plot	9 570	48	100.00%	48.18%	933.10	292.37%	
neg (-16 777 215.0 / 961.0)	7 128	48	74.48%	35.88%	652.08	26.08%	
pos (996.0 / 9 454 991.0)	2 204	48	23.03%	11.09%	1 837.25	303.76%	

Plot 5: F10 grigalashvili eldari Gated on Class II	Count	Volume (µL)	% of This Plot	% of All	Mean FITC-A	CV FITC-A	Median FITC-A
This Plot	6 808	48	100.00%	34.27%	957.00	104.28%	
neg (-16 777 215.0 / 1 855.0)	6 595	48	96.87%	33.20%	882.85	37.39%	
pos (1 855.0 / 6 891 481.0)	213	48	3.13%	1.07%	3 252.66	147.50%	

Plot 6: F10 grigalashvili eldari Gated on control beads	Count	Volume (µL)	% of This Plot	% of All	Mean FITC-A	CV FITC-A	Median FITC-A
This Plot	635	48	100.00%	3.20%	1 181.60	246.08%	
neg (-16 777 215.0 / 1 376.0)	563	48	88.66%	2.83%	939.45	15.60%	

ცენტრალური ლაბორატორია



CENTRAL LABORATORY

რეცეპიენტი გრიგალაშვილი ვლადიკო

დაბადების თარიღი 35წ

დონორი კურტანიძე ნანა

დაბადების თარიღი 35წ

მასალის აღების თარიღი

11.11.2020

Flow DSA-XM

Class I (capture bead 1 HLA I)

neg

Class II (capture bead 2 HLA IIa)

neg

Class II (capture bead 3 HLA IIb)

neg

გამოკვლევა შესრულა

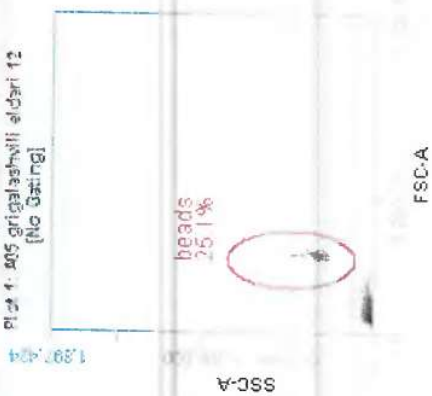
თარიღი

12/11/2020

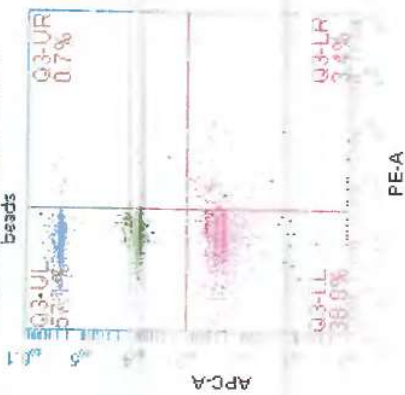


შპს "მაღალი საავადმყოფო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა". საქართველო, 0144 თბილისი, წინანდლის ქ. №9.
"HIGH TECHNOLOGY MEDICAL CENTER UNIVERSITY CLINIC" LTD. Tsinandali st. 0144, Tbilisi, Georgia.

Plot 4: 405 grigalashvili eldori 12
[No Gating]



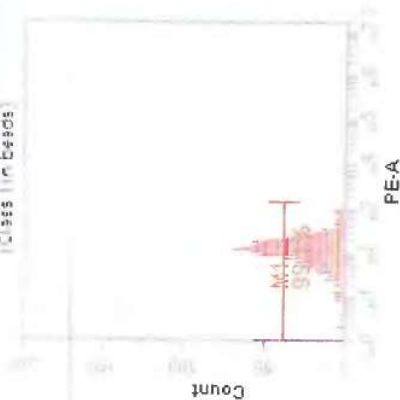
Plot 2: 405 grigalashvili eldori 12



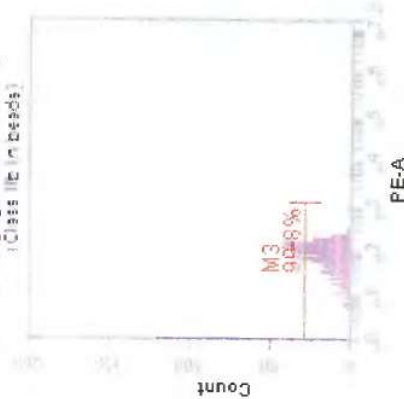
Plot 4: 405 grigalashvili eldori 12



Plot 5: 405 grigalashvili eldori 12
[Class II in beads]



Plot 7: 405 grigalashvili eldori 12
[Class II in beads]



Plot 1: A05 grigalashvili eldari 12	Count	Volume (µL)	% of This Plot	% of All	Mean FSC-A	Mean SSC-A	CV FSC-A	CV SSC-A	Median FSC-A	Median SSC-A
All	10,504	117	100.00%	100.00%	424,985.91	216,137.28	190.97%	347.74%	239,104.5	39,418.5
beads	2,635	117	25.09%	25.09%	575,821.67	377,477.03	7.73%	30.67%	580,381.0	346,634.0

Plot 2: A05 grigalashvili eldari 12 Gated on beads	Count	Volume (µL)	% of This Plot	% of All	Mean PE-A	Mean APC-A	CV PE-A	CV APC-A	Median PE-A	Median APC-A
This Plot	2,635	117	100.00%	25.09%	160.02	87,404.84	335.70%	147.57%	109.0	8,977.0
Q2-UL	1,505	117	57.12%	14.32%	99.42	151,529.59	74.87%	91.42%	100.0	231,641.0
Q2-LF	15	117	0.56%	0.17%	1,044.39	110,414.72	79.33%	118.55%	740.0	11,554.0
Q3-LL	1,023	117	38.82%	9.74%	117.62	242.13	53.02%	45.31%	111.0	231.0
Q3-LF	89	117	3.38%	0.35%	1,491.25	275.59	157.16%	71.12%	511.0	251.0

Plot 4: A05 grigalashvili eldari 12 Gated on beads	Count	Volume (µL)	% of This Plot	% of All	Mean FSC-A	Mean APC-A	CV FSC-A	CV APC-A	Median FSC-A	Median APC-A
This Plot	2,635	117	100.00%	25.09%	575,821.67	87,404.84	7.73%	147.57%	580,381.0	8,977.0
Class I	1,075	117	40.80%	10.23%	577,034.71	252.89	8.65%	46.32%	582,500.0	235.0
Class IIa	714	117	27.10%	6.80%	595,052.03	9,974.39	5.61%	22.17%	600,751.5	9,643.0
Class IIb	803	117	30.47%	7.89%	559,377.97	275,076.82	4.67%	17.05%	561,574.0	259,557.0

Plot 5: A05 grigalashvili eldari 12 Gated on (Class IIb in beads)	Count	Volume (µL)	% of This Plot	% of All	Mean PE-A	CV PE-A	Median PE-A
This Plot	1,075	117	100.00%	10.23%	210.67	351.35%	115.0
NI (-15.777 215.0) 1,522.0	1,065	117	99.07%	10.14%	149.71	124.41%	117.0

Plot 7: A05 grigalashvili eldari 12 Gated on (Class IIb in beads)	Count	Volume (µL)	% of This Plot	% of All	Mean PE-A	CV PE-A	Median PE-A
This Plot	803	117	100.00%	7.64%	87.28	158.25%	74.0
NI (-15.777 215.0) 1,378.0	801	117	99.75%	7.62%	81.69	114.16%	74.0



ა მ ო ნ ა წ ე რ ი

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკური კომისიის სხდომის
ოქმიდან (№167, 25.03.2021 წელი)

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 ტრავმატოლოგიის ცენტრის დირექტორი, პროფესორი, ექიმი ქირურგი;
4. თინიკო ბეკოშვილი – გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრის სტაციონარის მდღა;
5. ნინო შალამბერიძე - ცენტრის იურისტი;

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

1. წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით პოტენციურ რეციპიენტ ელდარ გრიგალაშვილს (ID 56001003987) ესაჭიროება *თირკმლის გადანერგვა*, ხოლო პოტენციურ დონორ ნანა კურტანიძეს (ID 59001093702) არ აქვს რაიმე სამედიცინო უკუჩვენება, რათა გახდეს დონორი.
2. კომისიამ დარწმუნდა, რომ როგორც პოტენციური დონორი ნანა კურტანიძე ისე პოტენციური რეციპიენტი ელდარ გრიგალაშვილი ინფორმირებული არიან ოპერაციის ბუნებისა და მასთან დაკავშირებული შესაძლო გართულებების შესახებ:
მათ აცხნათ, რომ გადაწყვეტილება უნდა იქნეს მიღებული ყოველგვარი ძალდატანებისა და ფინანსური ან სხვა მატერიალური დაინტერესების გარეშე;

3. კომისიას არ გაქვია ეჭვი დონაციის აღტრუისტობაში და არ აქვს რაიმე სხვა ინფორმაცია, რომელიც შეიძლება ადასტურებდეს დონაციასთან დაკავშირებულ რაიმე ანგარებას;
4. პოტენციური დონორი ინფორმირებულია, რომ შეიძლება შეიცვალოს გადაწყვეტილება დონაციის შესახებ ნებისმიერ დროს;
5. წარმოდგენილი საბუთებით დგინდება დონორ-რეციპიენტთა ის კავშირი (დონორი არის რეციპიენტის *მეუღლე*), როცა საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით ნებართვას გადანერგვის შესახებ გასცემს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ტრანსპლანტაციის საბჭო;
6. 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

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

მცხოვრები ახილეთ სოფო ქიქოძე, 574 14-02-86
(მისამართი, ტელეფონი)

გიორგი ვაშაძე, ბერიძის ქ.
(გვარი, სახელი, მამის სახელი)

გ ა ნ ც ხ ა ღ ე ბ ა

მოგახსენებთ, რომ მესაჭიროება თირკმლის გადანერგვა. გთხოვთ თქვენს
ნებართვას, რათა გადამენერგოს ჩემი ნათესავის (მეუღლე)
თირკმელი. (ნათესაური კავშირი)

დონორის სახელი, მამის სახელი, გვარი: ნანა ნუბუღასძე კიქოძე
დონორის მისამართი, ტელეფონის ნომერი: კობი ხოთინ, სოფელი
ხაჯი, 574 14 02-85

განცხადებას თან ერთვის:

1. სამედიცინო დასკვნა, რომელშიც დადასტურებულია ორგანოს გადანერგვის ჩვენება (ფორმა №2);
2. დონორის თანხმობა ორგანოს ნებაყოფილობით და უსასყიდლოდ გაცემაზე (ფორმა №3);
3. დასკვნა რეციპიენტისა და დონორის ანტიგენური თავსებადობის გადასანერგად ვარგისიანობის შესახებ (ფორმა № 4);
4. ცნობა პოტენციური დონორის ჯანმრთელობის შესახებ (ფორმა №5);
5. მკურნალი ექიმის/ოპერატორის ხელწერილი (ფორმა №6)
6. ფსიქიატრიის ინსტიტუტის დასკვნა დონორის ჯანმრთელობის შესახებ;
7. დონორ-რეციპიენტის ნათესაური კავშირის დამადასტურებელი ნოტარიუსის მიერ დადასტურებული ცნობები და პასპორტის ასლები საცხოვრებელი ადგილის მითითებით.

დანართი წარმოდგენილია — ფურცელზე.

განმცხადებელი: გიორგი ვაშაძე
(ხელმოწერა)

თარიღი: 22.03.2021

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

ს ა მ ე დ ი ც ი ნ ო დ ა ს კ ვ ნ ა

ექლეა: გია ბერიძის ძე ქუაძე
(ავადმუშის სახელი, მამის სახელი, გვარი)

მცხოვრებს: ბახუმი, ლილი ქუაძე 574 14-02-86
მისამართი, ტელეფონის ნომერი:

მასზედ, რომ მას ესაჭიროება თირკმლის გადანერგვა.

დაწესებულების დასახელება: საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის ეთიკური კომისია

დაწესებულების ხელმძღვანელი: ✓

დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა
დადასტურებული ბეჭდით: ✓

გეურნალი ექიმის გვარი და ხელმოწერა: გია ბერიძის ძე ქუაძე

თარიღი: 22.03.2021



ფორმა № 4 ("დასკვნა თავსებადობის შესახებ")

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

დასკვნა რეციპიენტისა და დონორის
ანტიგენური თავსებადობის შესახებ

ჩვენს ხელთ არსებული გამოკვლევების საფუძველზე ქავთაძე ზორბეგ
წამოთვალეთ ის გამოკვლევები და მათი შედეგები,

ქავთაძე Flow DSA-XM Class I (capture bead 1 HLA A) neg, Class II (capture
ბეჭდებიც ადასტურებენ დონორ-რეციპიენტის იმუნოლოგიურ თავსებადობას
bead 2 HLA B) neg, Class II (capture bead 3 HLA D) neg
ნაგებარე დონორისგან, PRA Class I HLA I neg, PRA Class II HLA II neg.

შესაძლებლად მიგვაჩნია, რომ:

რეციპიენტი: ქავთაძე ზორბეგ, გვარის ძე
გვარი, სახელი, მამის სახელი

მცხოვრებს: სახელმწიფო ხოთი, 574 14-02-86
მისამართი, ტელეფონის ნომერი

დიაგნოზი: თირკმლის ქრონიკული ანთოზი, სტადია 5

გადაენერგოს თირკმელი დონორისაგან: ქავთაძე ზორბეგ, გვარის ძე
გვარი, სახელი, მამის სახელი

ნათესაური კავშირი: პაპი მცხოვრები გვარის ხოთი,
სოფელი ხოთი, 574 14-02-85
მისამართი, ტელეფონის ნომერი

დაწესებულების დასახელება: ქ. თბილისი, სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიკალური სასწავლო ცენტრი

მკურნალი ექიმის გვარი და ხელმოწერა ქავთაძე ზორბეგ

დაწესებულების ხელმძღვანელის გვარი, სახელი: ✓

დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა დადასტურებულია

თარიღი: 22 03 2021 წ.



ფორმა № 5 ("ცნობა კოტენციური დონორის ჯანმრთელობის შესახებ")

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

ცნობა კოტენციური დონორის ჯანმრთელობის შესახებ

დონორის სახელი, მამის სახელი გვარი ნანა ჯეფხიაძე კახიანი
ასაკი 36, მისამართი თბილისი, სოფელი ხედი
გამოკვლევის თარიღი 11.11.2020 დიაგნოზი _____
მხედველად ჯანმრთელი

ჩატარებული გამოკვლევების მიხედვით ორგანოს ამოღებასთან დაკავშირებული
ოპერაციის რისკის ხარისხი არ არის მომატებული (მომატებულია).

მომატებული რისკი განპირობებულია _____

დაწესებულების დასახელება: "ქსი თბილისი სხედმდელი სერვისები და ჯანმრთელობის ტექნოლოგიები"

მკურნალი ექიმის გვარი და ხელმოწერა კახიანი ქ. ჯეფხია

დაწესებულების ხელმძღვანელის გვარი, სახელი: _____

დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა დადასტურებული ბეჭედი

თარიღი: 22 03 2021 წ.



ხელწერილი

მე, გვამთიანი კიკი ვადასტურებ, რომ ჩემთვის
(მკურნალი ექიმის ან ოპერატორის გვარი, სახელი)

უცნობია და არ მაქვს რაიმე ეჭვი ქვემოთ მითითებულ დონორ-რეციპიენტთა
ნათესაური კავშირის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის სიყალბეში:

დონორი: აქიანოვი ნინო, მედიკ
(გვარი, სახელი, ნათესაური კავშირი რეციპიენტთან)

რეციპიენტი: კიკიაშვილი ვახტანგ, მედიკ
(გვარი, სახელი, ნათესაური კავშირი დონორთან)

ჩემთვის ასევე ცნობილია, რომ:

1. საქართველოში ამჟამად მოქმედი სისხლის სამართლის კოდექსის 135¹ მუხლის შესაბამისად ადამიანის ორგანოებით ვაჭრობა ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ხუთიდან ათ წლამდე, ხოლო იგივე ქმედება ჩადენილი განმეორებით, ან ორგანიზებული ჯგუფის მიერ - თავისუფლების აღკვეთით რეიდან თხუთმეტი წლამდე;
2. "ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ" საქართველოს კანონის XII თავის 54-ე მუხლის შესაბამისად "აკრძალულია ორგანოს გადანერგვა, თუ ექიმისათვის ცნობილია, რომ მისი აღება განხორციელდა ამ კანონით დადგენილი წესების დარღვევით".

ოპერატორის (მკურნალი ექიმის) ხელმოწერა: კ. მედიკ

თარიღი: 22.03.2021

სამკურნალო დაწესებულების დასახელება: საქართველოს გრანსპლანტოლოგთა ასოციაცია
სამკურნალო დაწესებულების ბეჭედი,
რომელიც ადასტურებს გ.ა. ხელმოწერის სისწორეს.



საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

ღონორის თანხმობა ნათესავისთვის ორგანოს ნეკროფილით
და უსასყიდლოდ გაცემაზე

მე. ნანა კუხიანიძე ზეცხეს ასული
(სახელი, მამის სახელი, გვარი)

მცხოვრები: გოხის ხ-ნი სოფ. ხეთა
მისამართი, ტელეფონის ნომერი:

თანახმა ვარ ჩემი სურვილით, უსასყიდლოდ მიეცე ჩემი თირკმელი ჩემს მამულს
(ნათესაური კავშირი)

მცხოვრებს: ხაჩიკაძის ხ-ნი სოფ. ზიგაძი
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 გადასახერგ 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: ნ. კუხიანიძე ნანა კუხიანიძე
(სტამბოვით)

განცხადების შინაარსს ვეთანხმები, განცხადება ნაჩვენებ
მე თვითონ ნოდრუსთან ჩემი ნებით ვაწეხ სურს.
თარიღი: "22" მაისი 200 1 წ. ნანა კუხიანიძე 59001093702

(თანხმობა დადასტურებული უნდა იყოს ნოტარიუსის მიერ)

სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის ნომერი

N210253258



სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის თარიღი

22.03.2021 წ

სანოტარო მოქმედების დასახელება

ხელმოწერის ნამდვილობის დამოწმება

ნოტარიუსი

თინათინ მიჩიტაშვილი

სანოტარო ბიუროს მისამართი

ქ. გორი, დ.ამილახვრის ქ. № 30/1

სანოტარო ბიუროს ტელეფონი

591 707 898

სანოტარო მოქმედების ინდივიდუალური ნომერი

75543776573421



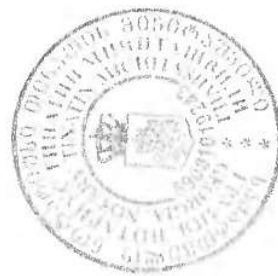
სანოტარო მოქმედებისა და სანოტარო აქტის შესახებ ინფორმაციის (მისი შექმნის, შეცვლის და/ან გაუქმების შესახებ) მიღება-გადამოწმება შეგიძლიათ საქართველოს ნოტარიუსთა პალატის ვებ-გვერდზე: www.notary.ge ასევე შეგიძლიათ დარეკოთ ტელეფონზე: +995(32) 2 66 19 18

ხელმოწერის ნამდვილობის დადასტურება

ორიათას ოცდაერთი წლის ოცდაორ მარტს მე, ნოტარიუსი თინათინ მიჩიტაშვილი ჩემს სანოტარო ბიუროში (მდებარე ქ. გორი, დ. ამილახვრის ქ. 30/1) ვადასტურებ ნანა კურტანიძის (დაბადებული 14.08.1984წ. რუსეთი, პირადი №59001093702) ხელმოწერის ნამდვილობას სანოტარო წესით, მის მიერ წარმოდგენილ დოკუმენტთან (პირადი №59001093702) ხელმოწერის ნამდვილობას სანოტარო წესით, მის მიერ წარმოდგენილ დოკუმენტთან (თარიღით 22/03/2021წ.). პირადობა დადგენილია მის მიერ წარმოდგენილი პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტით. ნების გამოვლენის ნამდვილობა და ქმედუნარიანობა დადგენილია. მის ქმედუნარიანობაში ეჭვის შეტანის საფუძველი არ მქონია. მისი უფლებამოსილება შემოწმებულია. მან დაადასტურა, რომ ეთანხმება მის მიერ წარმოდგენილი დოკუმენტის შინაარსს. ხელმოწერა შესრულებულია მის მიერ პირადად ჩემი, ნოტარიუს თინათინ მიჩიტაშვილის თანდასწრებით. ვადასტურებ ზ/აღნიშნული ხელმოწერის პირის ხელმოწერის ნამდვილობას. ასევე განვუმარტე, რომ ნოტარიუსი ამოწმებს მხოლოდ ხელმოწერის ნამდვილობას და არ ადასტურებს მასში მოყვანილ ფაქტებს და პასუხს არ აგებს მათ სისწორეზე და შინაარსზე. შედგენილია ერთ ეგზემპლარად, შედგება ერთი გვერდისაგან.

სანოტარო მოქმედების შესრულებისათვის საზღაური გადახდილია ორი ლარი, თანახმად, საქართველოს მთავრობის, დადგენილება #507-ისა 29.12.2011 წლის და საქართველოს ნოტარიუსთა პალატისათვის დადგენილი საფასურის ოდენობების, მათი გადახდევინების წესისა და მომსახურების ვადების დამტკიცების შესახებ, მუხლი 31-ე, დღგ 0.36 (ოცდათექვსმეტი) თეთრი, თანახმად საქართველოს საგადასახადო კოდექსის და ორი ლარი რეგისტრაციის საფასური 39 მუხლის პირველი პუნქტისა. სულ გადახდილია: 4.36 (ოთხი ლარი და ოცდათექვსმეტი თეთრი) ლარი.

ნოტარიუსი თინათინ მიჩიტაშვილი



3/22/2021, 4:00 PM

საქართველო



ქორენების მონობა

ლაქორენინდენ

ქალი

სახელი | ნაწა

გვარი | ჟურტანიძე

დაბადების თარიღი | 14 აგვისტო 1984 წელი

დაბადების ადგილი | რუსეთი,

პირადი ნომერი | 59001093702

მოქალაქეობა | საქართველო

მამაკაცი

სახელი | ულდარ

გვარი | გრიგალაშვილი

დაბადების თარიღი | 3 მაისი 1984 წელი

დაბადების ადგილი | საქართველო, ხარაგაული,

პირადი ნომერი | 56001003987

მოქალაქეობა | საქართველო

№ 67151000338



67151000338

ქორენების თარიღი | 13 მარტი 2015 წელი

რეგისტრაციის თარიღი | 13 მარტი 2015 წელი

აქტის ჩანაწერი № | 671530000159

ქორენების რეგისტრაციის შავი
მიჯნულთა გვარები

ცოლს | ჟურტანიძე

ქმარს | გრიგალაშვილი

მონობის
გაცემის თარიღი | 13 მარტი 2015 წელი

მონობის
გამცემი ორგანო | სსსს გორის სამოქალაქო რეესტრის
სამსახური

უფლებამოსილი
პირის ხელმოწერა



სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის ნომერი	N210253100 
სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის თარიღი	22.03.2021 წ
სანოტარო მოქმედების დასახელება	დოკუმენტის ასლის დამოწმება
ნოტარიუსი	თინათინ მიჩიტაშვილი
სანოტარო ბიუროს მისამართი	ქ. გორი, დ.ამილახვრის ქ. № 30/1
სანოტარო ბიუროს ტელეფონი	591 707 898
სანოტარო მოქმედების ინდივიდუალური ნომერი	60242790305521 

დოკუმენტის ასლის დამოწმება:

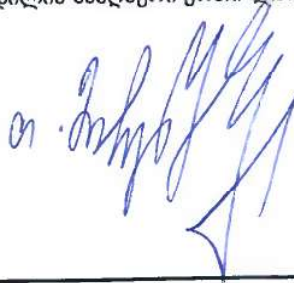
ნოტარიუსი თინათინ მიჩიტაშვილი სანოტარო წესით ვამოწმებ წარმოდგენილი დოკუმენტის ასლის დედანთან სისწორეს.

ქორწინების მოწმობა № 67151000338, ნანა კურტანიძის /59001093702/ და ელდარ გრიგალაშვილის /56001003987 / სახელზე, გამცემი: სსგს გორის სრს, თარიღით: 13/03/2015 წელს. 1გვ.

ნოტარიუსი ამოწმებს წარმოდგენილი დოკუმენტის ასლის დედანთან შესაბამისობას, და არა მის შინაარსს, მასში არ აღინიშნება გადასწორებული, წაშლილი, ამოფხვნილი ადგილები.

სანოტარო მოქმედების შესრულებისათვის, თანახმად დადგენილება №507-ისა 29.12.2011 წლის სანოტარო მოქმედების შესრულებისათვის საზღაურისა და საქართველოს ნოტარიუსთა პალატისათვის დადგენილი საფასურის ოდენობების, მათი გადახდევინების წესისა და მომსახურების ვადების დამტკიცების შესახებ, მუხლი 31, გადახდილია საზღაური ერთი ლარი, ასევე დღგ 0,18 თეთრი.

ნოტარიუსი თინათინ მიჩიტაშვილი




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