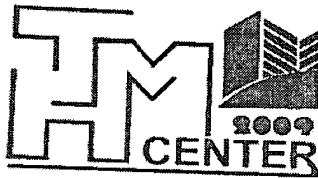


შპს "მაღალი სამედიცინო
ტექნოლოგიების ცენტრი,
საუნივერსიტეტო კლინიკა"



"HIGHTECNOLOGY
MEDICAL CENTER
UNIVERSITY CLINIC" LTD

07.10.2019

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან
დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილეს:
ბატონ ზაზა ბოხუას

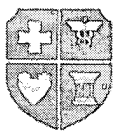
ბატონო ზაზა,
მოგახსენებთ რომ დაგეგმილი გვაქვს შევასრულოთ თირკმლის ტრანსპლანტაცია;
რეციპიენტის სახელი, გვარი, ასაკი: ოქრუაშვილი გიორგი 42 წლის
დონორის სახელი, გვარი, ასაკი: ოქრუაშვილი ნათელა 65 წლის
დონორი არის პაციენტის - დედა;
დონორ-რეციპიენტთა საბუთები განხილულია საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკური კომისიის მიერ და მიღებულია დადებითი გადაწყვეტილება (დასკვნა და პირველადი
დოკუმენტაცია თან ერთვის წერილს).

გთხოვთ არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად მოგვცეთ ტრანსპლანტაციის საბჭოს ნებართვა,
რათა განვახორციელოთ ზემოაღნიშნული გადანერგვა.

პატივისცემით,

დაწესებულების ხელმძღვანელი

/გ. ინგოროყვა/

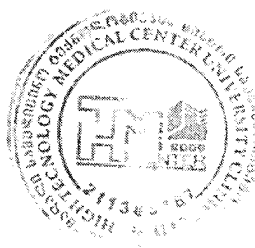


საქართველოს რეაბილიტაციის და სპორტის სამინისტრო
გარე, პანკრაძის ქ. 10, თბილისი

015 05



030173014139119



საქართველო, თბილისი, წინააღმდეგობის ქ. 9, 0144,
ტელ: (995 32) 74 69 17; ფაქსი: (995 32) 74 69 17
9, Tsinandali st., 0144, Tbilisi, Georgia.
Tel.: (995 32) 74 69 17; Fax: (995 32) 74 69 17

38893
07 10 19
36

ვებგვერდი, 29/05/2017
სარეგისტრაციო კოდი
470230000.22.035.016446

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის
ბრძანება №01-31/ნ
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

კვატერინე 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 მიერ 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 მკოორდინირებელი 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, გადამწყვეტია თავმჯდომარის ხმა.
6. საბჭოს გადაწყვეტილება ფორმდება ოქმით, რომელსაც ხელის მოწერილი ადასტურებს სხდომის თავმჯდომარე და მდივანი.
7. თავმჯდომარის გადაწყვეტილებით ან მასთან შეთანხმებით, საბჭოს მუშაობაში მონაწილეობის მისაღებად, შეიძლება მოწვეულ იყვნენ გარეშე პირები (დარგის სპეციალისტები), სათანადო 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 ვალდებულნი 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 მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი 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 გაცემებიდან 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:

593329900

ელექტრონული ფოსტა:²

² არსებობის შემთხვევაში.

___kasradzetamuna@yahoo.com

რეციპიენტი:

სახელი: გიორგი

გვარი: ოქრუაშვილი

პირადი ნომერი³:

0	1	0	1	7	0	0	1	0	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

რეციპიენტის მოქალაქეობა:

ქართველი

რეციპიენტის საცხოვრებელი ადგილი:

თბილისი

ფაქტობრივი მისამართი:

___გაბრიელ სალოსის 104 ბ 20

იურიდიული მისამართი: გაბრიელ სალოსის 104 ბ 20

დონორი:

სახელი: ნათელა

გვარი: ოქრუაშვილი

პირადი ნომერი⁴

0	1	0	1	7	0	0	1	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

დონორის მოქალაქეობა:
ქართველი

³ არსებობის შემთხვევაში

⁴ არსებობის შემთხვევაში

დონორის საცხოვრებელი ადგილი:

თბილისი

ფაქტობრივი მისამართი:

ბერი გაბრიელ სალოსის 104 ბ 16

იურიდიული მისამართი:

თბილისი, ამაღლების ქ N 16

დონორ/რეციპიენტს შორის არსებული კავშირის სახე: დედა-შვილი

დოკუმენტაციის წარმომდგენი პირის (რეციპიენტი/კანონიერი

წარმომადგენელი/ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტი):

საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი:

რეციპიენტი: გიორგი ოქრუაშვილი 595905220

ელექტრონული ფოსტა:

giorgi.okruashvili@veziri.net

თარიღი: 07.10.2019

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: გიორგი ოქრუაშვილი

გვარი: ოქრუაშვილი

პირადი ნომერი⁷:

0	1	0	1	7	0	0	1	0	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

⁷ არსებობის შემთხვევაში

რეციპიენტის მოქალაქეობა:
ქართველი

რეციპიენტის საცხოვრებელი ადგილი: თბილისი

ფაქტობრივი მისამართი:

თბილისი ბერი გაბრიელ სალოსის 104 ბ 20

იურიდიული მისამართი: თბილისი ბერი გაბრიელ სალოსის 104 ბ 20

გავეცანი 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, თრანსპლანტატის სისხლძარღვების
თრომბოზი, პოსტოპერაციული ინფექციები, ურინომა, ლიმფოცელე
სამედიცინო ჩარევასთან დაკავშირებულ, პაციენტის ჯანმრთელობისა და
სიცოცხლისათვის მოსალოდნელ რისკებს:
ოპერაცია მიეკუთვნება საშუალო რისკის მქონე ოპერაციას

მე გიორგი ოქრუაშვილი

(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: [ხელმოწერა]

ექიმის ხელმოწერა: [ხელმოწერა]

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის
პასუხისმგებელი პირის ირმა ჭოხონელიძე

ხელმოწერა: _____

თარიღი: 07.10.2019 _____

პოტენციური დონორის ინფორმირებული თანხმობა ტრანსპლანტაციის ოპერაციის
ჩატარების შესახებ⁸

(ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის
დასახელება)

დონორი: ნათელა ოქრუაშვილი

სახელი: ნათელა

გვარი: ოქრუაშვილი

პირადი ნომერი⁹:

0	1	0	1	7	0	0	1	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

დონორის მოქალაქეობა:

ქართველი

დონორის საცხოვრებელი ადგილი: თბილისი

ფაქტობრივი მისამართი: ბერი გაბრიელ სალოსის 104 ბ 16

იურიდიული მისამართი: ამაღლების 16

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
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 ნათელა ოქრუაშვილი

(დონორი - სახელი, გვარი)

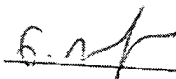
ვადასტურებ, რომ აღნიშნული ჩარევის არსის, ჩვენებების, მოსალოდნელი ეფექტის,
შესაძლო გვერდითი მოვლენების, აგრეთვე ჩარევასთან დაკავშირებული, ჯანმრთელობისა
და სიცოცხლისათვის მოსალოდნელი რისკის გაცნობისა და განმარტების შემდეგ თანახმა
ვარ, ჩემი სურვილით, უანგაროდ, ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე, მატერიალური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

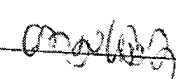
თირკმელი

(ორგანოს დასახელება)

მოქალაქე: გიორგი ოქრუაშვილი 01017001022

რეციპიენტის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი

დონორის ხელმოწერა: 

ექიმის ხელმოწერა: 

ტრანსპლანტაციის სერვისის განმახორციელებელი სუბიექტის
პასუხისმგებელი პირის ირმა ჭოხონელიძე
ხელმოწერა: _____

თარიღი: 07.10.2019

ფორმა №1 ("რეციპიენტის ბანცხადება")
სამართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

მცხოვრები მწიქლო სათიბი 104 ბ. 20
(მისამართი, ტელეფონი) 895905880
მჭყაჭელი გიორგი ივანის ძე
(გვარი, სახელი, მამის სახელი)

ბ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

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

დონორის სახელი, მამის სახელი, გვარი: მჭყაჭელი ნიკოლა შაველაძე
დონორის მისამართი, ტელეფონის ნომერი: თბილისი, ამბოჯობის ქ. №16

ბანცხადებას 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 თავესებადობის
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: [ხელმოწერა]
(ხელმოწერა)

თარიღი: 01.10.19

შორმა № 2 ("სამედიცინო დასკვნა")

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

ს ა მ ე დ ი ც ი ნ ო დ ა ს კ ვ ნ ა

ექლევა: ოქტომბერი ვიქტორ თამაზის ძე
(აუდიტორის სახელი, მამის სახელი, გვარი)

მცხოვრებს: პეტე კახიკი სვინის 104 ბ.ზო 595 905230
მისამართი, ტელეფონის ნომერი:

მასზედ, რომ მას ესაჭიროება თირკმლის გადანერგვა.

დაწესებულების დასახელება: შს შიდა სპეციალიზაციის ცენტრი
დაწესებულების ხელმძღვანელი: გიორგი რეხიკიძე

✓ დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა
დადასტურებული ბეჭდით:

მკურნალი ექიმის გვარი და ხელმოწერა: თეიმურაზ

თარიღი: 01.10.19

ფორმა № 3 ("დონორის თანხმობა")
საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

დონორის თანხმობა ნათესავისთვის ორგანოს ნეპაყოფლობით
და უსასყიდლოდ გაცემაზე

მე. ოქტომბერი ნათელა ნიკოლაძე
(სახელი, მამის სახელი, გვარი)

მცხოვრები: ამბოლაძე ქ. რ. 555 47 63 89
მისამართი, ტელეფონის ნომერი:

თანახმა ვარ ჩემი სურვილით, უსასყიდლოდ მივცე ჩემი თირკმელი ჩემს შვილს
მცხოვრებს: ბეჩი კახიკიძე სოლოხა 104 595 905 220
(ნათესაური კავშირი)
მისამართი, ტელეფონის ნომერი:

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

გარდა აღნიშნულისა, გაცნობებ, 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 მატერიალურ
დაინტერესება არის კრიმინალური ქმედება და ისჯება საქართველოს მოქმედი
კანონმდებლობით.

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

განმცხადებელი: ნათელა ოქტომბერი
ხელმოწერა

თარიღი: "4" ოქტომბერი 20019 წ.

(თანხმობა დადასტურებული უნდა იყოს ნოტარიუსის მიერ)

ფორმა № 4 ("დასკვნა თავსებადობის შესახებ")

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

დასკვნა რეციპიენტისა და დონორის
ანტიგენური თავსებადობის შესახებ

ჩვენს ხელთ არსებული გამოკვლევების საფუძველზე _____
ნაშრომად ის გამოკვლევები და მათი შედეგები,
ჯანუხი ივანეშვილი
რომლებიც აღასტურებენ დონორ-რეციპიენტის იმუნოლოგიურ თავსებადობას

შესაძლებლად მიგვაჩნია, რომ:

რეციპიენტს: ივანეშვილი ქეთი თეიმურაზის ძე
გვარი, სახელი, მამის სახელი

მცხოვრებს: გორიშვილი სერგეი 104 ბ. 80 595 905880
მისამართი, ტელეფონის ნომერი

დიაგნოზი: თირკმელი ქრონიკული პათოლოგია

გადაენერგოს თირკმელი დონორისაგან: ივანეშვილი ნათია შალვაის ძე
გვარი, სახელი, მამის სახელი

ნათესაური კავშირი: მეუღლე - შვილი მცხოვრები _____
თბილისი, მშობლივი №16
მისამართი, ტელეფონის ნომერი

დაწესებულების დასახელება: ქ.ლ. შ.პ.ს. სპეციალიზირებული ქირურგიული ცენტრი
მკურნალობის ექიმის გვარი და ხელმოწერა: თეიმურაზი

დაწესებულების ხელმძღვანელის გვარი, სახელი: მ. ივანეშვილი

✓ დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა დადასტურებული ბეჭდით.

თარიღი: 01.10 2009 წ.

ფორმა № 5 ("ცნობა პოტენციური ღონის ჯანმრთელობის შესახებ")
საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის
ეთიკურ კომისიას

ცნობა პოტენციური ღონის ჯანმრთელობის შესახებ

ღონის სახელი, მამის სახელი გვარი ოქროშვილი ნინო ჯეჯეძე
ასაკი 65წ, მისამართი თბილისი აბოშვილის ქ. 116
გამოკვლევის თარიღი 01.10.2019 დიაგნოზი ეოზოფაგო-ჭარხტოვანი ჯანმრთელობა

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

დაწესებულების დასახელება: ზს შპს "საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაცია"
მკურნალი ექიმის გვარი და ხელმოწერა თამარ კახიძე

დაწესებულების ხელმძღვანელის გვარი, სახელი: გიორგი ინგოროვი

✓ დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა დადასტურებული ბეჭდით.

თარიღი: 01 10 2019 წ.

ხელწერილი

მე. დავით კახიძე ვადასტურებ, რომ ჩემთვის
(მეკურნალი ექიმის ან ოპერატორის გვარი, სახელი)

უცნობია და არ მაქვს რაიმე ეჭვი ქვემოთ მითითებულ ღონორ-რეციპიენტის
ნათესავური კავშირის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის სიყალბეში:

ღონორი: მეჩუბერი ნათესავი - მეჩუბერი
(გვარი, სახელი, ნათესავური კავშირი რეციპიენტთან)

რეციპიენტი: მეჩუბერი ქაიხაძე დავითი - მეჩუბერი
(გვარი, სახელი, ნათესავური კავშირი ღონორთან)

ჩემთვის ასევე ცნობილია, რომ:

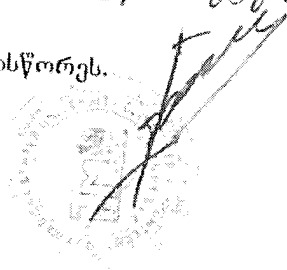
1. საქართველოში ამჟამად მოქმედი სისხლის სამართლის კოდექსის 135¹ მუხლის შესაბამისად ადამიანის ორგანოებით ვაჭრობა ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ხუთიდან ათ წლამდე, ხოლო იგივე ქმედება ჩადენილი განმეორებით, ან ორგანიზებული ჯგუფის მიერ - თავისუფლების აღკვეთით რეიდან თხუთმეტი წლამდე;
2. "ადამიანის ორგანოთა 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".

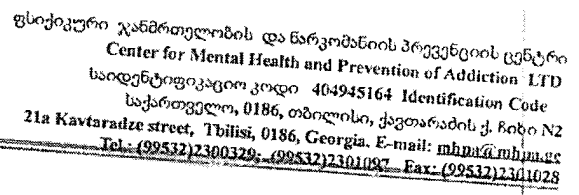
ოპერატორის (მეკურნალი ექიმის) ხელმოწერა: მ. კახიძე

თარიღი: 01.10.19

სამეკურნალო დაწესებულების დასახელება: საქართველოს სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის სამედიცინო კლინიკის ქირურგიული განყოფილება

✓ სამეკურნალო დაწესებულების ბეჭედი,
რომელიც ადასტურებს ზ.ა. ხელმოწერის სისწორეს.





თარიღი 03.10.2019

მოქ. ნათელა ოქრუაშვილი.

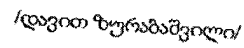
კომისიური საკონსულტაციო დასკვნა

მოქ: ნათელა ოქრუაშვილი. დაბ: 08.02.1954 წელს. მცხ: თბილისი, ამაღლების 16. პ/ნ 01017001024.
ამჟამად ერთგვარადი ამბულატორიული ფსიქიატრიული გამოცვლევით: კონტაქტში ერთვის
თავისუფლად, მეტყველება გასაგებია, მსჯელობა დასაბუთებული, ცნობიერება ნათელი, მეხსიერება
შენახული ასაკობრივი ნორმის ფარგლებში (ფსიქიკურად ჯანმრთელი).
ცნობა გაიცემა ითიორის № 1

ცნობა გაიცემა ეთიკურ წარსადგენად.

მ.პ.ს. "ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის
პრევენციის ცენტრი"-ს გენერალური

დირექტორის მოადგილე:



ფსევდონიმის ზღაპრული

ხელმძღვანელი

/თეიმურაზ ხარეზავა/

အိတ်မိ-ဖွေဂျာနယ်:

/ა. ზიზილუიშვილი/

სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის ნომერი N191220935
სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის თარიღი 04.10.2019 წ
სანოტარო მოქმედების დასახელება დოკუმენტის ასლის დამოწმება
ნოტარიუსი მაკა შარაბიძე
სანოტარო ბიუროს მისამართი ქ. თბილისი, ნავთლულის ქ. N 9
სანოტარო ბიუროს ტელეფონი 591 80 72 75
სანოტარო მოქმედების ინდივიდუალური ნომერი 53663511995919



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

ორი ათას ცხრაშეტი წლის ოთხ ოქტომბერს მე, ნოტარიუს საქართველოში მაკა შარაბიძეს, რომლის სანოტარო ბიურო მდებარეობს მისამართზე ქ. თბილისი, ნავთლულის ქ. N 9-ში, მომმართა ნათელა ოქრუაშვილმა (დაბ. თარიღი: 08.02.1954წ, დაბ. ადგილი: თბილისი, პ/ნ 01017001024) და მოითხოვა პირადობის მოწმობის - ასლის (ფოტოასლის) შესაბამისობის (იდენტიფიკაციის) სანოტარო წესით დამოწმება წარმოდგენილ დედანთან/დამოწმებულ ასლთან. ამ უკანასკნელში ამოფხვცილი, მიწერილი, გადამლილი სიტყვები და სხვა აღუნიშვნელი გასწორებანი, ან რაიმე თავისებურებანი არ აღმოჩენილა. ასევე განვმარტავ, რომ ნოტარიუსის მიერ ასლის შესაბამისობის დამოწმება არ ნიშნავს დოკუმენტის დედნის (დამოწმებული ასლის) კანონიერებისა და ნამდვილობის დამოწმებას და შესაბამისად, ნოტარიუსს არ ეკისრება პასუხისმგებლობა იმის გამო, თუკი დოკუმენტის დედანი კანონსაწინააღმდეგოა (ან შეიცავს კანონსაწინააღმდეგო დებულებებს), ან გაყალბებულია (მატერიალურად და/ან შინაარსობრივად).

მე, ნოტარიუსი ვამოწმებ ამ ასლის სრულ შესაბამისობას წარმოდგენილ დედანთან.
ასლი დამოწმებულია 2 გზემპლარად, სულ 4 გვერდი.

გადახდილია ნოტარიუსის საზღაური: "სანოტარო მოქმედებათა შესრულებისათვის საზღაურისა და საქართველოს ნოტარიუსთა პალატისათვის დადგენილი საფასურის ოდენობების, მათი გადახდევინების წესისა და მომსახურების ვადების დამტკიცების შესახებ" საქართველოს მთავრობის #507-ე დადგენილების 31 მუხლის საფუძველზე - 2 ლარი.

ნოტარიუსი:

მაკა შარაბიძე

სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის
ნომერი

N191224493



სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის
თარიღი

07.10.2019 წ

სანოტარო მოქმედების დასახელება
ნოტარიუსი

დოკუმენტის ასლის დამოწმება
ნინო გელაშვილი

სანოტარო ბიუროს მისამართი

ქ. თბილისი ბერი გაბრიელ სალოსის გამზირი #2,
სართული #2

სანოტარო ბიუროს ტელეფონი

591701134

სანოტარო მოქმედების ინდივიდუალური
ნომერი

84208555745219



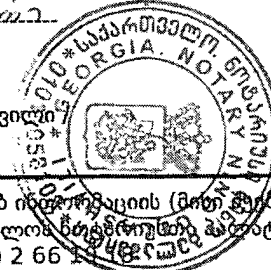
ორი ათას ცხრამეტი წლის შვიდ ოქტომბერს, მე, ნოტარიუსი ნინო გელაშვილი, ჩემს სანოტარო ბიუროში როგორც მდებარეობს მისამართზე: ქ. თბილისი ბერი გაბრიელ სალოსის გამზირი #2, სართული #2-ში, ვამოწმებ გიორგი ოქრუაშვილის საქართველოს მოქალაქის პირადობის მოწმობის, პირადი ნომერი 01017001022, გაც. პირადობის მოწმობის სერია 11A59359, გაცემის თარიღი 27.10.2011წ. იუსტიციის სამინისტროს მიერ ასლის შესაბამისობას დედანთან. ამასთან პასპორტის დამოწმებულ ასლს არა აქვს დედნის ძალმოსილება და იგი ვერ ცვლის დედანს ნოტარიუსის მიერ ასლის შესაბამისობის დამოწმება არ ნიშნავს დოკუმენტის დედნის (დამოწმებული ასლის) კანონიერებისა და ნამდვილობის დამოწმებას და შესაბამისად, ნოტარიუსს არ ეკისრება პასუხისმგებლობა, იმის გამო თუკი დოკუმენტის დედანი კანონსაწინააღმდეგოა ან გაყალბებულია.

გადახდილია ნოტარიუსის საზღაური:

0,59 ლარი

ნოტარიუსი:

/ ნინო გელაშვილი



სანოტარო მოქმედებისა და სანოტარო აქტის შესახებ ინფორმაციის (მოთხოვნის, შეცვლის და/ან გაუქმების შესახებ) მიღება-გადამოწმება შეგიძლიათ საქართველოს ნოტარიუსთა პალატის ვებ-გვერდზე: www.notary.ge ასევე შეგიძლიათ დარეკოთ ტელეფონზე: +995(32) 2 66 14 48

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

დაბადების მოწმობა

Гражданин (на)
მოქალაქე

родился (лась)
დაიბადა

Место рождения: город, селение
დაბადების ადგილი: ქალაქი, სოფელი

район
რაიონი

область, край
ოლქი, მხარე

республика
რესპუბლიკა

о чем в книге регистрации актов о рождении
რაზეც დაბადების აქტების სარეგისტრაციო წიგნში

19... года
წელს

произведена запись за №...
მოხდენილია ჩაწერა №...

Г. ТБИЛИСИ

თბილისი

Сериал 30023, № 021988

Отец
მამა

фамилия — გვარი

имя, отчество — სახელი, მამის სახელი

национальность
ეროვნება

Мать
დედა

фамилия — გვარი

имя, отчество — სახელი, მამის სახელი

национальность
ეროვნება

Место регистрации
რეგისტრაციის ადგილი

наименование и местонахождение органа

ЗАГС — მშობის ორგანოს დასახელება და ადგილსამყოფელი



№ 382340

სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის
ნომერი

N191224417



სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის
თარიღი

07.10.2019 წ

სანოტარო მოქმედების დასახელება
ნოტარიუსი

დოკუმენტის ასლის დამოწმება
ნინო გელაშვილი

სანოტარო ბიუროს მისამართი

ქ. თბილისი ბერი გაბრიელ სალოსის გამზირი #2,
სართული #2

სანოტარო ბიუროს ტელეფონი

591701134

სანოტარო მოქმედების ინდივიდუალური
ნომერი

84512166876619



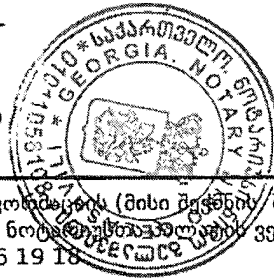
ორი ათას ცხრამეტი წლის შვიდ ოქტომბერს მე, ნოტარიუსი ნინო გელაშვილი, ჩემს სანოტარო ბიუროში რომელიც
შდებარეობს მისამართზე: ქ. თბილისი ბერი გაბრიელ სალოსის გამზირი #2, სართული #2-ში ვამოწმებ
დაბადების მოწმობის, სერია II-TM #382340-ის გაცემული 05.07.1977წ. ქ.თბილისის ოქტომბრის რაიონის მმჩის
ბიუროს მიერ ასლის შესაბამისობას დედანთან/ ამათან ასლის შესაბამისობის დამოწმება არ ნიშნავს დოკუმენტის
დედნის (დამოწმებული ასლის) კანონიერებისა და ნამდვილობის დამოწმებას და შესაბამისად, ნოტარიუსს არ
ეკისრება პასუხისმგებლობა, იმის გამო თუკი დოკუმენტის დედანი კანონსაწინააღმდეგოა ან გაყალბებულია..

გადახდილია ნოტარიუსის სამსახური:

4.18 ლარი

ნოტარიუსი:

/ ნინო გელაშვილი



სანოტარო მოქმედება 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

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 ალტერნატიულ 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 გამორეცხვას 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 - თეძოს მარჯვენა ან მარცხენა ფოსოს არეში. დონორიდან ერთ-ერთი თირკმლის ამოკვეთის შემდეგ იგი ინერგება რეციპიენტის სხეულში: დონორის თირკმლის არტერია და ვენა მიკერდება რეციპიენტის თეძოს 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 რევონსტრუქცია. 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 ითვლება 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, გამონადენი 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 შგრძნობელობის 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, შემუშება, 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 შემუშება, აკნე, ჭარბთმიანობა ან თმის ცვენა.
- რეციპიენტებში, დაახლოებით 10%-მდე შემთხვევებში, შესაძლებელია ისეთი სერიოზული გართულებების განვითარება, როგორიცაა: პნევმონია, მსხვილი ვენების თრომბოზი, დონორიდან დასნებოვნება, რეციპიენტის ძირითადი დაავადების გადანერგილ ორგანოში აღმოცენება, ტრანსპლანტატის ფუნქციონირების დაქვეითება ან დასაწყისიდანვე უფუნქციობა, 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 ნაცნობი 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, მდედრობითი 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:

დათვი მუხიანაძე 07.10.19
დონორის გვარი, სახელი, ხელმოწერა, თარიღი:

ვარლამ მჭედველი 07.10.19
რეციპიენტის გვარი, სახელი, ხელმოწერა, თარიღი:

თავერ გასაძი 07.10.19
მკურნალი ექიმის (ოპერატორის) გვარი, სახელი, ხელმოწერა, თარიღი:

ტრანსპლანტაციაში არამონაწილე ექიმის გვარი, სახელი, ხელმოწერა, თარიღი:

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ
დაბადების მოწმობა

გ. თბილისი
თურეტსკი რ. პ. პოდტელი
სერია 30023
20-05-88
02/1988

Гражданин (ка)
მოქალაქე

фамилия — გვარი

имя, отчество — სახელი, მამის სახელი

родился (лась)
დაიბადა

число, месяц, год — რიცხვი, თვე, წელი

(цифрами и прописью — ციფრებით და სიტყვებით)

Место рождения: город, селение
დაბადების ადგილი: ქალაქი, სოფელი

район
რაიონი

область, край
ოლქი, მხარე

республика
რესპუბლიკა

о чем в книге регистрации актов о рождении
რაზეც დაბადების აქტების სარეგისტრაციო წიგნში

19... года
წელს

месяца
თვეს

числа
რიცხვს

произведена запись за №
მოდებულია ჩაწერა №

национальность
ეროვნება

Мать
დედა

фамилия — გვარი

имя, отчество — სახელი, მამის სახელი

национальность
ეროვნება

Место регистрации
რეგისტრაციის ადგილი

наименование и местонахождение органа
სახელწოდება და მდებარეობა ორგანო

ЗАГС — მისი ორგანოს დასახელება და ადგილმდებარეობა



19... г.
წ.

№ 382340

სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის
ნომერი

N191224417



სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის
თარიღი

07.10.2019 წ

სანოტარო მოქმედების დასახელება
ნოტარიუსი

დოკუმენტის ასლის დამოწმება
ნინო გელაშვილი

სანოტარო ბიუროს მისამართი

ქ. თბილისი ბერი გაბრიელ სალოსის გამზირი #2,
სართული #2

სანოტარო ბიუროს ტელეფონი

591701134

სანოტარო მოქმედების ინდივიდუალური
ნომერი

84512166876619



ორი ათას ცხრამეტი წლის შვიდ ოქტომბერს მე, ნოტარიუსი ნინო გელაშვილი, ჩემს სანოტარო ბიუროში რომელიც მდებარეობს მისამართზე: ქ. თბილისი ბერი გაბრიელ სალოსის გამზირი #2, სართული #2-ში ვამოწმებ დაბადების მოწმობის, სერია II-TN #382340-ის გაცემული 05.07.1977წ. ქ.თბილისის ოქტომბრის რაიონის მმართველის მიერ ასლის შესაბამისობას დედანთან/ ამასთან ასლის შესაბამისობის დამოწმება არ ნიშნავს დოკუმენტის დედნის (დამოწმებული ასლის) კანონიერებისა და ნამდვილობის დამოწმებას და შესაბამისად, ნოტარიუსს არ ეკისრება პასუხისმგებლობა, იმის გამო თუკი დოკუმენტის დედანი კანონსაწინააღმდეგოა ან გაყალბებულია..

გადახდილია ნოტარიუსის სამსახური: 1.18 ლარი

ნოტარიუსი: [Signature] / ნინო გელაშვილი /



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 48

სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის
ნომერი

N191224493



სანოტარო მოქმედების რეგისტრაციის
თარიღი

07.10.2019 წ

სანოტარო მოქმედების დასახელება
ნოტარიუსი

დოკუმენტის ასლის დამოწმება
ნინო გელაშვილი

სანოტარო ბიუროს მისამართი

ქ. თბილისი ბერი გაბრიელ სალოსის გამზირი #2,
სართული #2

სანოტარო ბიუროს ტელეფონი

591701134

სანოტარო მოქმედების ინდივიდუალური
ნომერი

84208555745219

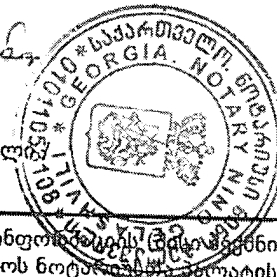


ორი ათას ცხრამეტი წლის შვიდ ოქტომბერს, მე, ნოტარიუსი ნინო გელაშვილი, ჩემს სანოტარო ბიუროში როგორც მდებარეობს მისამართზე: ქ. თბილისი ბერი გაბრიელ სალოსის გამზირი #2, სართული #2-ში, ვამოწმებ გიორგი ოქრუაშვილის საქართველოს მოქალაქის პირადობის მოწმობის, პირადი ნომერი 01017001022, გაც. პირადობის მოწმობის სერია 11A59359, გაცემის თარიღი 27.10.2016. იუსტიციის სამინისტროს მიერ ასლის შესაბამისობას დედანთან. ამასთან პასპორტის დამოწმებულ ასლს არა აქვს დედნის ძალმოხილება და იგი ვერ ცვლის დედანს ნოტარიუსის მიერ ასლის შესაბამისობის დამოწმება არ ნიშნავს დოკუმენტის დედნის (დამოწმებული ასლის) კანონიერებისა და ნამდვილობის დამოწმებას და შესაბამისად, ნოტარიუსს არ ეკისრება პასუხისმგებლობა, იმის გამო თუკი დოკუმენტის დედანი კანონსაწინააღმდეგოა ან გაყალბებულია.

გადახდილია ნოტარიუსის სამსახური: _____

ნოტარიუსი: _____

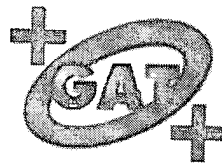
/ ნინო გელაშვილი



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

საქართველოს
ტრანსპლანტოლოგთა
ასოციაცია

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



Georgian
Association of
Transplantologists

9 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
(№139, 07 ოქტომბერი, 2019 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. აეთანდილ მეგრელაძე – გადაუდებელი ქირურგიის და ტრავმატოლოგიის ცენტრის დირექტორი, პროფესორი, ექიმი ქირურგი
4. თინიკო ბეკოშვილი – გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრის სტაციონარის მედლა;
5. ნუცა შალამბერიძე - ცენტრის იურისტი;
6. დეკანოზი ბასილი – ანდრია პირველწოდებულის სახელობის ეკლესია, თბილისი, წინანდლის ქ. 9.

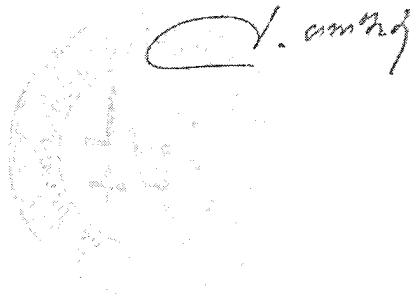
განიხილა ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ცენტრის ხელმძღვანელის ქრისტინა ალხაზოვის მიერ წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაცია და დაადგინა:

- ა. წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით პოტენციურ რეციპიენტ გიორგი ოქრუაშვილს (ID01017001022) ესაჭიროება თირკმლის გადანერგვა, ხოლო პოტენციურ დონორ ნათელა ოქრუაშვილს (ID01017001024) არ აქვს რაიმე სამედიცინო უკუჩვენება, რათა გახდეს დონორი.
- ბ. კომისიამ დარწმუნდა, რომ, როგორც პოტენციური დონორი ნათელა ოქრუაშვილი, ისე პოტენციური რეციპიენტი გიორგი

ოქრუაშვილი ინფორმირებულნი არიან ოპერაციის ბუნებისა და მასთან დაკავშირებული შესაძლო გართულებების შესახებ; მათ აეხსნათ, რომ გადაწყვეტილება უნდა იქნეს მიღებული ყოველგვარი ძაღდატანებისა და ფინანსური ან სხვა მატერიალური დაინტერესების გარეშე;

- ც. 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 დედა), როცა საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით ნებართვას გადანერგვის შესახებ გასცემს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ტრანსპლანტაციის საბჭო;
- ფ. უთიკური კომისიის გადაწყვეტილება საბოლოო ნებართვის მისაღებად გადაეგზავნოთ შესაბამის ტრანსპლანტაციურ კლინიკას და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს

ასოციაციის უთიკური კომისიის თავმჯდომარე,
ასოციაციის ხელმძღვანელი,
პროფესორი



გია თომაძე

შორა №IV-100/ა

ც ნ ო ბ ა 20915915

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

შპს „მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა“

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება და მისამართი
შპს „მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა“

2. დაწესებულების დასახელება, მისამართი, სადაც იგზავნება ცნობა
დანიშნულებისამებრ წარსადგენად

3. პაციენტის სახელი და გვარი

გიორგი ოქრუაშვილი

4. დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)

18.07.1977

5. პირადი ნომერი 01017001022

(ივსება 16 წელს მიღწეული პირის შემთხვევაში)

6. მისამართი ბერიგაბრიელ სალოსის 104 ბ 20

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

8. თარიღები:

ა) ამბულატორიაში მიმართვის

04.10.2019

ბ) სტაციონარში გაგზავნის

გ) სტაციონარში მოთავსების

დ) გაწერის

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

N18.5 თირკმლის ქრონიკული დაავადება V სტადია Z99.2 ჰემოდიალიზი

10. გადატანილი დაავადებები

11. მოკლე ანამნეზი

პაციენტთან 2017 წელს თირკმლის ბიოფსიით დაისვა დიაგნოზი: IgA ნეფროპათია, პაციენტთან 2019 წლის თებერვალში დაწყებულ იქნა თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის ჰემოდიალიზის სეანსები, პაციენტს უტარდება ჰემოდიალიზის სეანსები 12 საათის ხანგრძლივობით კვირაში, პაციენტთან იგეგმება თირკმლის ტრანსპლანტაცია, პოტენციური დონორი - დედა, ოპერაციის წინააღმდეგ ჩვენება ჩატარებული კვლევებით არ იქნა გამოვლენილი

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები

13. ავადმყოფობის მიმდინარეობა ქრონიკული

14. ჩატარებული მკურნალობა

ჰემოდიალიზის სეანსები 12 საათის ხანგრძლივობით კვირაში

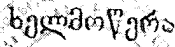
15. მდგომარეობა სტაციონარში გაგზავნისას

16. მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას

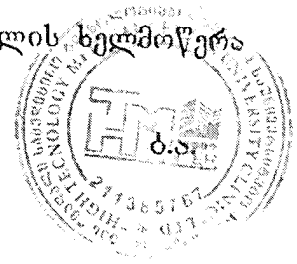
17. სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები

პაციენტთან სახეზეა თირკმლის ქრონიკული დაავადება V სტადია, იგეგმება თირკმლის ტრანსპლანტაცია, პოტენციური დონორი - დედა, ოპერაციის წინააღმდეგ ჩვენება ჩატარებული კვლევებით არ იქნა გამოვლენილი, პაციენტი საჭიროებს თირკმლის ტრანსპლანტაციას

18. მკურნალი ექიმი 

19. დაწესებულების ხელმძღვანელის/ხელმძღვანელის მოადგილის  ხელმოწერა

ცნობის გაცემის თარიღი "04" 10.2019



ფორმა № IV-100/ა

ც ნ ო ბ ა 60915915

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

შპს „მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა“

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება და მისამართი

შპს „მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა“

2. დაწესებულების დასახელება, მისამართი, სადაც იგზავნება ცნობა

დანიშნულებისამებრ წარსადგენად

3. პაციენტის სახელი და გვარი

გიორგი ოქრუაშვილი

4. დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)

18.07.1977

5. პირადი ნომერი 01017001022

(ივსება 16 წელს მიღწეული პირის შემთხვევაში)

6. მისამართი ბერიგაბრიელ სალოსის 104 ბ 20

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

8. თარიღები:

ა) ამბულატორიაში მიმართვის

04.10.2019

ბ) სტაციონარში გაგზავნის

გ) სტაციონარში მოთავსების

დ) გაწერის

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

N18.5 თირკმლის ქრონიკული დაავადება V სტადია Z99.2 ჰემოდიალიზი

10. გადატანილი დაავადებები

11. მოკლე ანამნეზი

პაციენტთან 2017 წელს თირკმლის ბიოფსიით დაისვა დიაგნოზი: IgA ნეფროპათია, პაციენტთან 2019 წლის თებერვალში დაწყებულ იქნა თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის ჰემოდიალიზის სეანსები, პაციენტს უტარდება ჰემოდიალიზის სეანსები 12 საათის ხანგრძლივობით კვირაში, პაციენტთან იგეგმება თირკმლის ტრანსპლანტაცია, პოტენციური დონორი - დედა, ოპერაციის წინააღმდეგ ჩვენება ჩატარებული კვლევებით არ იქნა გამოვლენილი

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები

13. ავადმყოფობის მიმდინარეობა ქრონიკული

14. ჩატარებული მკურნალობა

ჰემოდიალიზის სეანსები 12 საათის ხანგრძლივობით კვირაში

15. მდგომარეობა სტაციონარში გაგზავნისას

16. მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას

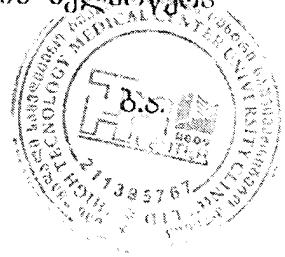
17. სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები

პაციენტთან სახეზეა თირკმლის ქრონიკული დაავადება V სტადია, იგეგმება თირკმლის ტრანსპლანტაცია, პოტენციური დონორი - დედა, ოპერაციის წინააღმდეგ ჩვენება ჩატარებული კვლევებით არ იქნა გამოვლენილი, პაციენტი საჭიროებს თირკმლის ტრანსპლანტაციას

18. მკურნალი ექიმი *თეოსიძე*

19. დაწესებულების ხელმძღვანელის/ხელმძღვანელის მოადგილის ხელმოწერა

ცნობის გაცემის თარიღი "04" 10.2019



ფორმა №IV-100/ა

ც ნ ო ბ ა

20915915

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

შპს „მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა“

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება და მისამართი

შპს „მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა“

2. დაწესებულების დასახელება, მისამართი, სადაც იგზავნება ცნობა

დანიშნულებისამებრ წარსადგენად

3. პაციენტის სახელი და გვარი

გიორგი ოქრუაშვილი

4. დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)

18.07.1977

5. პირადი ნომერი 01017001022

(ივსება 16 წელს მიღწეული პირის შემთხვევაში)

6. მისამართი ბერიგაბრიელ სალოსის 104 ბ 20

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

8. თარიღები:

ა) ამბულატორიაში მიმართვის 04.10.2019

ბ) სტაციონარში გაგზავნის

გ) სტაციონარში მოთავსების

დ) გაწერის

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

N18.5 თირკმლის ქრონიკული დაავადება V სტადია Z99.2 ჰემოდიალიზი

10. გადატანილი დაავადებები

11. მოკლე ანამნეზი

პაციენტთან 2017 წელს თირკმლის ბიოფსიით დაისვა დიაგნოზი: IgA ნეფროპათია, პაციენტთან 2019 წლის თებერვალში დაწყებულ იქნა თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის ჰემოდიალიზის სეანსები, პაციენტს უტარდება ჰემოდიალიზის სეანსები 12 საათის ხანგრძლივობით კვირაში, პაციენტთან იგეგმება თირკმლის ტრანსპლანტაცია, პოტენციური დონორი - დედა, ოპერაციის წინააღმდეგ ჩვენება ჩატარებული კვლევებით არ იქნა გამოვლენილი

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები

13. ავადმყოფობის მიმდინარეობა ქრონიკული

14. ჩატარებული მკურნალობა

ჰემოდიალიზის სეანსები 12 საათის ხანგრძლივობით კვირაში

15. მდგომარეობა სტაციონარში გაგზავნისას

16. მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას

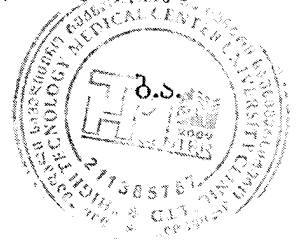
17. სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები

პაციენტთან სახეზეა თირკმლის ქრონიკული დაავადება V სტადია, იგეგმება თირკმლის ტრანსპლანტაცია, პოტენციური დონორი - დედა, ოპერაციის წინააღმდეგ ჩვენება ჩატარებული კვლევებით არ იქნა გამოვლენილი, პაციენტი საჭიროებს თირკმლის ტრანსპლანტაციას

18. მკურნალი ექიმი *თეოსია*

19. დაწესებულების ხელმძღვანელის/ხელმძღვანელის მოადგილის ხელმოწერა

ცნობის გაცემის თარიღი "04" 10.2019



ფორმა №IV-100/ა

ც ნ ო ბ ა

20915915

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება და მისამართი
შპს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა
2. დაწესებულების დასახელება, მისამართი, სადაც იგზავნება ცნობა
დანიშნულებისამებრ წარსადგენად
3. პაციენტის სახელი და გვარი
ნათელა თქრუაშვილი
4. დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)
08.02.1954
5. პირადი ნომერი 01017001024
(ივსება 16 წელს მიღწეული პირის შემთხვევაში)
6. მისამართი ბერი გამბრიელ სალოსის 104 ბ 16
7. სამუშაო ადგილი და თანამდებობა (მოსწავლის/სტუდენტის შემთხვევაში – იმ სასწავლო დაწესებულების/სკოლის დასახელება და კლასი/კურსი, სადაც იგი სწავლობს)
8. თარიღები:
 - ა) ამბულატორიაში მიმართვის 04.10.2019
 - ბ) სტაციონარში გაგზავნის
 - გ) სტაციონარში მოთავსების
 - დ) გაწერის
9. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი (ძირითადი დაავადება, თანმხლები დაავადებები, გართულებები)
Z00.5 პოტენციური დონორის კვლევა
10. გადატანილი დაავადებები

11. მოკლე აბაზეზი

შვილისთვის თირკმლის დონაციის მიზნით პაციენტს ჩაუტარდა დონორობისათვის აუცილებელი კვლევები, წინააღმდეგ ჩვენება არ იქნა გამოვლენილი.

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები

12. ავადმყოფობის მიმდინარეობა

13. ჩატარებული მკურნალობა

14. მდგომარეობა სტაციონარში გაგზავნისას

15. მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას

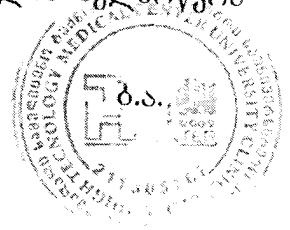
16. სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები

შვილისთვის თირკმლის დონაციის მიზნით პაციენტს ჩაუტარდა წინასაოპერაციო კვლევები, წინააღმდეგ ჩვენება არ იქნა გამოვლენილი, დიაგნოზი: პრაქტიკულად ჯანმრთელი, დონორობისათვის შესაფერისი

17. მკურნალი ექიმი თეიმურაზ

18. დაწესებულების ხელმძღვანელის/ხელმძღვანელის მოადგილის ხელმოწერა

ცნობის გაცემის თარიღი “01” 10.2019



ფორმა №IV-100/ა

ც ნ ო ბ ა

60215915

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება და მისამართი
შპს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა
2. დაწესებულების დასახელება, მისამართი, სადაც იგზავნება ცნობა
დანიშნულებისამებრ წარსადგენად
3. პაციენტის სახელი და გვარი
ნათელა ოქრუაშვილი
4. დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)
08.02.1954
5. პირადი ნომერი 01017001024
(ივსება 16 წელს მიღწეული პირის შემთხვევაში)
6. მისამართი ბერი გაბრიელ სალოსის 104 ბ 16
7. სამუშაო ადგილი და თანამდებობა (მოსწავლის/სტუდენტის შემთხვევაში – იმ სასწავლო დაწესებულების/სკოლის დასახელება და კლასი/კურსი, სადაც იგი სწავლობს)
8. თარიღები:
 - ა) ამბულატორიაში მიმართვის 04.10.2019
 - ბ) სტაციონარში გაგზავნის
 - გ) სტაციონარში მოთავსების
 - დ) გაწერის
9. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი (ძირითადი დაავადება, თანმხლები დაავადებები, გართულებები)
Z00.5 პოტენციური დონორის კვლევა
10. გადატანილი დაავადებები

11. მოკლე აბათხეი

შვილისთვის თირკმლის დონაციის მიზნით პაციენტს ჩაუტარდა დონორობისათვის აუცილებელი კვლევები, წინააღმდეგ ჩვენება არ იქნა გამოვლენილი.

12. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები

12. ავადმყოფობის მიმდინარეობა

13. ჩატარებული მკურნალობა

14. მდგომარეობა სტაციონარში გაგზავნისას

15. მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას

16. სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები

შვილისთვის თირკმლის დონაციის მიზნით პაციენტს ჩაუტარდა წინასაოპერაციო კვლევები, წინააღმდეგ ჩვენება არ იქნა გამოვლენილი, დიაგნოზი: პრაქტიკულად ჯანმრთელი, დონორობისათვის შესაფერისი

17. მკურნალი ექიმი თხუცაშვილი

18. დაწესებულების ხელმძღვანელის/ხელმძღვანელის მოადგილის ხელმოწერა

ცნობის გაცემის თარიღი "01" 10.2019

