

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის

მინისტრის ბრძანება №64/ნ

2007 წლის 27 თებერვალი

ქ. თბილისი

სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისთვის საჭირო ფორმების დამტკიცების შესახებ

„სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“ საქართველოს კანონის 56-ე მუხლის და 63-ე მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად, ვბრძანებ:

1. დამტკიცდეს სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო ფორმები (დანართი №1-5).

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 27 აპრილის ბრძანება №105/ნ-სსმIII, №49, 28.04.2010წ.; მუხ.729

2. ამ ბრძანების პირველი პუნქტით დამტკიცებული ფორმების (დანართი №1-5) შევსება აუცილებელია უარყოფითი დასკვნის შემთხვევაშიც.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 15 მაისის ბრძანება №120/ნ-სსმIII, №74, 19.05.2008წ.; მუხ.807

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 27 აპრილის ბრძანება №105/ნ-სსმIII, №49, 28.04.2010წ.; მუხ.729

2¹. დანართი №3-ით დამტკიცებულ ფორმა №IV-50/4-ში („სსე შემოწმების აქტის ამონაწერი“) გრაფაში – სსე დიაგნოზი, დაავადების კოდის (ICD-10 კლასიფიკაციის მიხედვით) მითითება აუცილებელია.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 27 აპრილის ბრძანება №105/ნ-სსმIII, №49, 28.04.2010წ.; მუხ.729

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 19 მაისის ბრძანება №139/ნ-სსმIII, №56, 20.05.2010წ.; მუხ.876

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 21 იანვრის ბრძანება №01-3/- ვებგვერდი, 25.01.2016წ.

3. ძალადაკარგულად ჩაითვალოს „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის ბიუროს მუშაობისათვის საჭირო ფორმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 1 ოქტომბრის №271/ნ ბრძანება.

4. ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნების დღიდან.

ლ. ჭიპაშვილი

შეტანილი ცვლილებები:

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 15 მაისის ბრძანება №120/ნ-სსმIII, №74, 19.05.2008წ.; მუხ.807

2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 27 აპრილის ბრძანება №105/ნ-სსმIII, №49, 28.04.2010წ.; მუხ.729

3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 19 მაისის ბრძანება №139/ნ-სსმIII, №56, 20.05.2010წ.; მუხ.876

4. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 21 იანვრის ბრძანება №01-3/- ვებგვერდი, 25.01.2016წ.

დანართი 1

ფორმა №IV-50/1

_____ (თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი)

_____ (სამედიცინო დაწესებულება)

_____ (სტატუსის მაძიებლის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

_____ (სტატუსის მაძიებლის მისამართი)

პირადი № _____

დანართი 2

ფორმა №IV-50/2

1. _____

(ქალაქი, რაიონი)

2. _____

(სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

3. სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის (შემდგომში– სსე) შემოწმების აქტი № _____

4. _____ 5. _____

(ექსპერტიზის დაწყების თარიღი)

(ექსპერტიზის დამთავრების თარიღი)

6. _____ პირადი № _____

(გვარი, სახელი, მამის სახელი)

7. _____ 8. _____

(დაბადების თარიღი)

(სქესი)

9. _____

(მისამართი)

10. _____
(შემოწმება: პირველადი, განმეორებითი)

11. _____ 12. _____
(ძირითადი პროფესია) (სპეციალობა)

13. _____
(სამუშაო ადგილი, თანამდებობა)

14. გამოკვლევების მონაცემები:

14.1. სუბიექტური გამოკვლევები:

14.1.1. ჩივილები: _____

14.1.2. კლინიკურ-შრომითი ანამნეზი: _____

14.1.3. დროებითი შრომისუნარობის ხანგრძლივობა: _____

14.2. ობიექტური გამოკვლევის მონაცემები:

14.2.1. ექიმ-სპეციალისტის მონაცემები:

15.2. თანმხლები დიაგნოზი:

16. საექსპერტო დასკვნა:

16.1. დასკვნა შესაძლებლობების შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____
(სიტყვიერად)

16.2. შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი _____

16.3. შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი დადგინდა 200 წ.1 _____ მდე

16.4. მორიგი გადამოწმების თარიღი 200 წ. _____

16.5. შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგომის დრო _____

16.6. პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხი პროცენტებში და გადამოწმების თარიღი

(სიტყვიერად)

16.7. პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხის შესახებ გაცემული სსე შემოწმების აქტის ამონაწერის სერია _____ № _____

16.8. პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხი გასულ პერიოდში

16.9. დასკვნა შრომის დასაშვებ და წინააღმდეგ ნაჩვენებ პირობებსა და ხასიათზე

17. დამატებითი დახმარების სახეობანი _____

18. საბუთები, რომლებიც საფუძვლად დაედო საექსპერტო დასკვნას

19. საექსპერტო დასკვნის მოკლე დასაბუთება _____

20. შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ გაცემული სსე შემოწმების აქტის ამონაწერის სერია № _____

სამედიცინო დაწესებულების
ხელმძღვანელი ()

ბ.ა.

ექიმი სპეციალისტი ()

დანართი 3

ფორმა NIV-50/4
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 27. 02. 2007 წლის
№64/ნ ბრძანებით

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

სსე შემოწმების აქტის ამონაწერი სერია №
(იგზავნება პენსიის დამნიშნავ შესაბამის ორგანოში)

პირადი № _____

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

დაბადების

თარიღი _____

(წელი, თვე, რიცხვი)

მისამართი _____

შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსის მქონე ბავშვის კანონიერი წარმომადგენელი

(მშობელი, მშვილებელი, მეურვე, მზრუნველი ან ნდობით აღჭურვილი პირი)-გვარი, სახელი, მამის სახელი

მისამართი _____

შემოწმების

თარიღი

შემოწმდა: პირველად, განმეორებით (ხაზი გაესვას)

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____

(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის

შეზღუდვის

მიზეზი

შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი დადგინდა 20 წ. _____ მდე მორიგი გადამოწმების თარიღი 20 წ. _____

(მოსაჭრელი ხაზი)

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

სსე შემოწმების აქტის ამონაწერი სერია №

(იგზავნება სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში)

პირადი № _____

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

დაბადების

თარიღი _____

(წელი, თვე, რიცხვი)

მისამართი _____

შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსის მქონე ბავშვის კანონიერი წარმომადგენელი (მშობელი, მშვილებელი, მეურვე, მზრუნველი ან ნდობით აღჭურვილი პირი)-გვარი, სახელი, მამის სახელი

მისამართი _____

შემოწმების

თარიღი

შემოწმდა: პირველად, განმეორებით (ხაზი გაესვას)

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____

(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის

შეზღუდვის

მიზეზი

შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი დადგინდა 20 წ. _____ მდე მორიგი გადამოწმების თარიღი 20 წ. _____

(მოსაჭრელი ხაზი)

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

ცნობა სერია №

(ემლევა შემოწმებულს)

პირადი № _____

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

დაბადების

თარიღი _____

(წელი, თვე, რიცხვი)

მისამართი _____

შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსის მქონე ბავშვის კანონიერი წარმომადგენელი (მშობელი, მშვილებელი, მეურვე, მზრუნველი ან ნდობით აღჭურვილი პირი)-გვარი, სახელი, მამის სახელი

მისამართი _____

შემოწმების

თარიღი

შემოწმდა: პირველად, განმეორებით (ხაზი გაესვას)

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____

(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის

შეზღუდვის

მიზეზი

შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი დადგინდა 20 წ. _____ მდე მორიგი გადამოწმების თარიღი 20

წ. _____

სსე დიაგნოზი _____

დასკვნა შრომის დასაშვები ან წინააღმდეგ ნაჩვენები პირობებისა და ხასიათის შესახებ

საფუძველი: სსე შემოწმების აქტი N _____

თარიღი _____

ბ.ა.

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____)

ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____)

სსე დიაგნოზი _____

დასკვნა შრომის დასაშვები ან წინააღმდეგ ნაჩვენები პირობებისა და ხასიათის შესახებ

საფუძველი: სსე შემოწმების აქტი N _____

თარიღი _____

ბ.ა.

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____)

ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____)

დასკვნა შრომის დასაშვები ან წინააღმდეგ ნაჩვენები პირობებისა და ხასიათის შესახებ

საფუძველი: სსე შემოწმების აქტი N _____

თარიღი _____

ბ.ა.

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____)
ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____)

სსე შემოწმების აქტის ამონაწერი გაიცემა უფასოდ.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 27 აპრილის ბრძანება №105/ნ-სსმIII, №49, 28.04.2010წ.; მუხ.729

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 19 მაისის ბრძანება №139/ნ-სსმIII, №56, 20.05.2010წ.; მუხ.876

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 21 იანვრის ბრძანება №01-3/- ვებგვერდი, 25.01.2016წ.

დანართი 4

ფორმა შშმპ-№IV-50/5

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

**სსე აქტის ამონაწერი სერია №
პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხის (პროცენტებში) დადგენის და სხვა
დამატებითი დახმარების საჭიროების შესახებ**

(ზიანის ამნაზღაურებელი ორგანოს დასახელება და მისამართი)

პირადი № _____

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

შემოწმების თარიღი _____

(მოსაჭრელი ხაზი)

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

სსე აქტის ამონაწერი სერია №
პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხის (პროცენტებში) დადგენის და სხვა სახის
დამატებითი დახმარების საჭიროების შესახებ
(იგზავნება სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში)

(ზიანის ამნაზღაურებელი ორგანოს დასახელება და მისამართი)

პირადი № _____

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

შემოწმების თარიღი _____

(მოსაჭრელი ხაზი)

(თვითმმართველი ქალაქი, მუნიციპალიტეტი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

ცნობა სერია №
პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხის (პროცენტებში) დადგენის და სხვა სახის
დამატებითი დახმარების საჭიროების შესახებ
(ედლევა შემოწმებულს)

პირადი № _____

(შემოწმებული პირის გვარი, სახელი, მამის სახელი)

შემოწმების თარიღი _____

სსე დიაგნოზი _____

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____

(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი _____

გადამოწმების თარიღი _____

შრომითი დასახიჩრების მიღების თარიღი _____

პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხი პროცენტებში _____

(სიტყვიერად)

პროცენტის დადგენის თარიღი _____

გადამოწმების თარიღი _____

დამატებითი დახმარების საჭიროება _____

საფუძველი: სსე აქტი № _____ თარიღი _____

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____) ბ.ა.
ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____)

სსე დიაგნოზი _____

დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____
(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი _____
გადამოწმების თარიღი _____
შრომითი დასახიჩრების მიღების თარიღი _____
პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხი პროცენტებში _____
(სიტყვიერად)

პროცენტის დადგენის თარიღი _____
გადამოწმების თარიღი _____
დამატებითი დახმარების საჭიროება _____

საფუძველი: სსე აქტი № _____ თარიღი _____

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____) ბ.ა.
ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____)
დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____
(სიტყვიერად)

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზი _____
გადამოწმების თარიღი _____
შრომითი დასახიჩრების მიღების თარიღი _____
პროფესიულ შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხი პროცენტებში _____
(სიტყვიერად)

პროცენტის დადგენის თარიღი _____
გადამოწმების თარიღი _____
დამატებითი დახმარების საჭიროება _____

საფუძველი: სსე აქტი № _____ თარიღი _____

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ (_____) ბ.ა.
ექიმი-სპეციალისტი _____ (_____)

ფორმა №IV-50/6

სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის

ოქმების

დავთარი

№	გვარი, სახელი, მამის სახელი, პირადი ნომერი	დაბადების წელი, თვე, რიცხვი	მისამართი
1	2	3	4

სსე გატარების მიზანი	პროფესია, სამუშაო ადგილი				სსე გადამოწმებამდე შშ რომელი კატეგორია ჰქონდა
	უწყება	საწარმო, დაწესებულება, ოგანიზაცია	შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგენამდე	ამჟამად	
5	6	7	8	9	10

დიაგნოზი	დაავადების კოდი	დასკვნა შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის ან/და პროფ. შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხის დადგენის შესახებ
11	12	13

შესაძლებლობის შეზღუდვის მიზეზობრივი კავშირი	გადამოწმების ვადა	შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის ან/და პროფ. შრომისუნარიანობის ხარისხის დადგენის შესახებ აქტის ამონაწერის სერია № __	სამედ. დაწესებ. ხელმძღვან. ხელმოწერა	შენიშვნა
14	15	16	17	18

--	--	--	--	--

დანართი 6

ამოღებულია - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 27 აპრილის ბრძანება №105/ნ-სსმIII, №49, 28.04.2010წ.; მუხ.729