



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030429670812317

04-595/ო

29 / აგვისტო / 2017 წ.

საერთაშორისო შვილად აყვანას დაქვემდებარებული ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სამედიცინო დასკვნის ფორმის დამტკიცების თაობაზე

„შვილად აყვანისა და მინდობით აღზრდის შესახებ“ საქართველოს კანონის 45-ე მუხლის მე-3 პუნქტის, 79-ე მუხლის მე-3 პუნქტის, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 ივნისის N190/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების“ მე-4 მუხლის საფუძველზე,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:

1. დამტკიცდეს საერთაშორისო შვილად აყვანას დაქვემდებარებული ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სამედიცინო დასკვნის ფორმა (დანართი N1).
2. სააგენტოს ადმინისტრაციულმა დეპარტამენტმა (გ. გოგოლაძე) უზრუნველყოს დოკუმენტბრუნვის ელექტრონული სისტემის მეშვეობით, წინამდებარე ბრძანების დაგზავნა სააგენტოს ყველა ტერიტორიული და სტრუქტურული ერთეულისათვის.
3. სააგენტოს დირექტორის აპარატმა (ნ. ჩანადირი) უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანების სააგენტოს ვებ-გვერდზე პროაქტიულად გამოქვეყნება, დადგენილი პირობებით.
4. ბრძანება ძალაშია ხელმოწერის დღიდან.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს
დირექტორი, საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის მოადგილე

ზაზა სოფრომაძე

საერთაშორისო შვილად აყვანას დაქვემდებარებული ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სამედიცინო დასკვნა

„ბავშვთა დაცვისა და ბავშვთა საერთაშორისო გაშვილების სფეროში თანამშრომლობის შესახებ“ 1993 წლის 29 მაისის ჰააგის კონვენციის ფარგლებში ხელშემკვრელი სახელმწიფოს კომპეტენტური ორგანოსთვის საერთაშორისო შვილად აყვანაზე.

წინამდებარე ფორმის შევსებაზე უფლებამოსილია ლიცენზირებული ექიმი

სავალდებულო ყველა პუნქტის შევსება

ბავშვის სახელი, გვარი:
დაბადების თარიღი:
სქესი:
დაბადების ადგილი:
მოქალაქეობა:
დედის სახელი, გვარი:
დაბადების თარიღი:
დედის სახელი, გვარი:
დაბადების თარიღი:
სამედიცინო დაწესებულების დასახელება: მისამართი:
სამედიცინო შემოწმების მიზნით, სამედიცინო დაწესებულებაში ბავშვის განთავსების/მიყვანის თარიღი:
წონა დაბადებისას: კგ დაწესებულებაში მიმართვისას: კგ
სიგრძე დაბადებისას: სმ დაწესებულებაში მიმართვისას: სმ
იყო თუ არა ორსულობა ნორმალური: დიახ არა არ ვიცი
სად იმყოფება ბავშვი? 1 ბიოლოგიურ ოჯახში -დან -მდე 2 ნათესავებთან -დან -მდე 3 სახელმწიფო ზრუნვაში -დან -მდე 4 სამედიცინო დაწესებულებაში -დან -მდე
(მე-4 პასუხის შემთხვევაში ქვემოთ მიეთითება სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)
აღნიშნებოდა თუ არა ბავშვს წარსულში რაიმე დაავადება? (დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ ბავშვის ასაკი ყოველი დაავადების გამოვლენის პერიოდში და ასევე, ნებისმიერი გართულება) დიახ არა არ ვიცი

<p>დაავადებები :</p> <p>1.ყივანახველა, წითელა, ჩუტყვავილა, წითურა, ყბაყურა და სხვა; დიახ არა არ ვიცი</p> <p>2.ტუბერკულოზი; დიახ არა არ ვიცი</p> <p>3.კრუნჩხვა ;დიახ არა არ ვიცი</p> <p>4.სხვა დაავადებები:</p> <p>5.ინფექციური დაავადებები:</p>																												
<p>ჩაუტარდა თუ არა ბავშვს აცრები ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებების წინააღმდეგ? დიახ არა არ ვიცი</p> <p>დადებითი პასუხის შემთხვევაში შემოხაზეთ შესაბამისი დაავადება!</p> <table border="0"> <tr> <td>ტუბერკულოზი (ბცქ)</td> <td>ინექციის თარიღი:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>დიფთერია</td> <td>ინექციის თარიღი:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ტეტანუსი</td> <td>ინექციის თარიღი:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ყივანახველა</td> <td>ინექციის თარიღი:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>პოლიომელიტი</td> <td>ინექციის თარიღი:</td> <td>ორალური ვაქცინაციის თარიღი:</td> </tr> <tr> <td>A ჰეპატიტი</td> <td>ინექციის თარიღი:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B ჰეპატიტი</td> <td>ინექციის თარიღი:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C ჰეპატიტი</td> <td>ინექციის თარიღი:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>სხვა პროფილაქტიკური აცრები</td> <td>ინექციის თარიღი:</td> <td></td> </tr> </table>		ტუბერკულოზი (ბცქ)	ინექციის თარიღი:		დიფთერია	ინექციის თარიღი:		ტეტანუსი	ინექციის თარიღი:		ყივანახველა	ინექციის თარიღი:		პოლიომელიტი	ინექციის თარიღი:	ორალური ვაქცინაციის თარიღი:	A ჰეპატიტი	ინექციის თარიღი:		B ჰეპატიტი	ინექციის თარიღი:		C ჰეპატიტი	ინექციის თარიღი:		სხვა პროფილაქტიკური აცრები	ინექციის თარიღი:	
ტუბერკულოზი (ბცქ)	ინექციის თარიღი:																											
დიფთერია	ინექციის თარიღი:																											
ტეტანუსი	ინექციის თარიღი:																											
ყივანახველა	ინექციის თარიღი:																											
პოლიომელიტი	ინექციის თარიღი:	ორალური ვაქცინაციის თარიღი:																										
A ჰეპატიტი	ინექციის თარიღი:																											
B ჰეპატიტი	ინექციის თარიღი:																											
C ჰეპატიტი	ინექციის თარიღი:																											
სხვა პროფილაქტიკური აცრები	ინექციის თარიღი:																											
<p>მკურნალობს თუ არა ბავშვი სამედიცინო დაწესებულებაში? დიახ არა არ ვიცი</p> <p>დადებითი პასუხის შემთხვევაში ქვემოთ მიეთითება სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, დიაგნოზი და მკურნალობის სახეები:</p>																												
<p>აღწერეთ ბავშვის ფსიქიკური მდგომარეობა, ქცევა და უნარ-ჩვევები:</p> <p>აქვს თუ არა ბავშვს რაიმე გონებრივი თუ ფსიქიკური შეფერხება/დარღვევა?</p>																												
<p>აღწერეთ ბავშვის გონებრივი განვითარება, ქცევა, უნარ-ჩვევები. (აღნიშნულს აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა მომავალი შშობლებისათვის)</p>																												
ვიზუალური უცნობია	როდის შეძლო ბავშვმა საგნების აღქმა?																											

სმენითი უცნობია	როდის როდის დაიწყო ბავშვმა რეაგირება ბგერებზე?	
მოდრაობითი უცნობია	როდის შეძლო ბავშვმა დამოუკიდებლად დაჯდომა? საყრდენით დადგომა? საყრდენის გარეშე სიარული?	
ენა უცნობია	როდის დაიწყო ბავშვმა ლაპარაკი? ცალკეული სიტყვების წარმოთქმა? წინადადებების წარმოთქმა?	
კონტაქტი უცნობია	პირველად როდის გაიღიმა ბავშვმა? როგორ რეაგირებს უცხო პირების მიმართ? როგორ ურთიერთობს მოზარდებთან ან სხვა ბავშვებთან?	
ემოციურობა უცნობია	როგორ ავლენს ბავშვი ემოციებს (სიბრაზე, მოუსვენრობა, უკმაყოფილება, სიხარული)	
ბავშვის სამედიცინო შემოწმება		
შემოწმების დაწყების თარიღი:		
შემოწმების დასრულების თარიღი:		
ბავშვი	წონა: კგ თარიღი: სიმაღლე: სმ თარიღი: თავის გარშემოწერილობა სმ თარიღი:	
თმის ფერი:	თვალეების ფერი:	კანის ფერი:
ბავშვის სრული სამედიცინო შემოწმების განმავლობაში გამოვლინდა დაავადების შემდეგი სიმპტომები, გართულება ან დარღვევა:		
შემოწმების თარიღი:		
თავი:		
პირ-ხახა:		

თვალეზი:
ყურები:
გულმკერდის ორგანოები:
ლიმფური სისტემა:
მუცლის ღრუ:
საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა:
კანი:
სხვა დაავადებები:
ჩატარებული ტესტები
სიფილისი: არა კი შედეგი : დადებითი უარყოფითი ჩატარების თრილი:
ტუბრკულოზი: არა კი შედეგი : დადებითი უარყოფითი ჩატარების თრილი:
ჰეპატიტი A, B, C: არა კი შედეგი : დადებითი უარყოფითი ჩატარების თრილი:
შიდსი: არა კი შედეგი : დადებითი უარყოფითი ჩატარების თრილი:
ჩატარებული კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევები
სისხლი: არა კი ჩატარების თრილი: შედეგი :
შარდი: არა კი ჩატარების თრილი: შედეგი :
განავალი: არა კი ჩატარების თრილი: შედეგი :
ულტრაბგერითი კვლევა: არა კი ჩატარების თრილი: შედეგი :
რენტგენოლოგიური კვლევა: არა კი ჩატარების თრილი:

სხვა კვლევები: არა კი დადებითი პასუხის შემთხვევაში დააზუსტეთ:

ჩატარების თარიღი:

შედეგი :

ექიმის ხელმოწერა და ბეჭედი

თარიღი

ექიმის ხელმოწერა და ბეჭედი

თარიღი

ექიმის ხელმოწერა და ბეჭედი

თარიღი