

ՀՀ ԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ  
ԱԶԳԱՅԻՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

Հավելված N 4  
ՀՀ առողջապահության նախարարի  
2010 թ. սեպտեմբերի 17-ի  
N 18-Ն հրամանի  
2և

<< >> \_\_\_\_\_ 20 թ.

ՄԵԾԱՀԱՍՏԱԿԻ ՄՏՈՄԱՏՈՂՈՒԹՅԱԿԱՆ ՔԱՐՏ N \_\_\_\_\_

Ազգանունը, անունը, հայրանունը \_\_\_\_\_

Ծննդյան օրը, ամիսը, տարեթիվը \_\_\_\_\_

Սեռը՝ արական ☐ իգական ☐

Բնակության վայրը \_\_\_\_\_

Հեռախոսի համարը \_\_\_\_\_

Բնակչության սոցիալապես անապահով և/կամ հատուկ խմբին պատկանելու փաստը  
հաստատող փաստաթուղթ \_\_\_\_\_

Տալիս եմ համաձայնությունս մշակելու ներկայացված իմ երեխայի անհատական տվյալները՝  
օրենքով սահմանված անհատական տվյալների պաշտպանության նորմերին համապատասխան,  
որի համար ստորագրում եմ \_\_\_\_\_

(պաշտոնական ստորագրություն)

# ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

1. Ունեցե՞լ եք արդյոք այլերգիկ դրսևորումներ (երեւ այո, նշել ինչից):

Այո Ոչ

☐ ☐

2. Հաճախակի՞ եք ունենում արնահոսություն քթից, հեշտությամբ են առաջանում կապտուկներ, երկարատև՞ է արնահոսությունը վերքերից կամ հեռացված ատամի ատամաբանից (ցանկացածի առկայության դեպքում նշել «այո» և ընդգծել):

☐ ☐

3. Ունե՞ք կամ երբևիցե ունեցե՞լ եք ստորև նշված հիվանդություններից որևէ մեկը.

	Այո	Ոչ		Այո	Ոչ
Ռևմատիզմ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Արյան թերճնշում (հիպոտոնիա)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Բորբոքային հոդաբորբ (արթրիտ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Վահանաձև գեղձի հիվանդություններ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Սրտի արատ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Նյարդային և հոգեկան խանգարումներ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Սրտամկանի ինֆարկտ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ընկնափորություն (էպիլեպսիա)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Սրտի վիրահատություն	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Շաքարային դիաբետ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ցավ կրծքավանդակի շրջանում (ստենոկարդիա)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Վարակիչ հիվանդություններ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Երիկամների հիվանդություններ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Նորագոյացություններ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Սակավարյունություն կամ արյան այլ հիվ.-ներ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Լյարդաբորբ (հեպատիտ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ստամոքս-աղիքային համակարգի հիվ.-ներ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Լյարդի այլ հիվանդություններ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Շնչառական համակարգի հիվանդություններ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Վեներական հիվանդություններ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Արյան զերճնշում (հիպերտենզիա)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Սաշկային հիվանդություններ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ունե՞ք կամ երբևիցե ունեցե՞լ եք հիվանդություն, որը նշված չէ, երեւ այո, նշեք այն.

Այո Ոչ

☐ ☐

5. Կրծքով կերակրու՞մ եք կամ ունե՞ք հղիություն . Այո ☐ Ոչ ☐ Ժամկետները \_\_\_\_\_

Պացիենտի ստորագրությունը \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ « \_\_\_\_\_ » 20 թ.



Հարատաճման հյուսվածքի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վիճակը

[illegible]

վառ

## Խաչաձև

ԲԺՅԿԻ ԱՄՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԸ

<< \_\_\_\_\_ >> 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) \_\_\_\_\_ << \_\_\_\_\_ >>

Օբյեկտիվ տվյալները \_\_\_\_\_ Որոշման հիմունքները

Ախտորոշումը \_\_\_\_\_ Պատճառը

Բուժումը (բուժման պլանը) \_\_\_\_\_ (ղեկավարող) ղեկավար

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ \_\_\_\_\_ (պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)



ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՅԸ

<< >> 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ  
(պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)

<< \_\_\_\_\_ >> 20 \_\_\_\_ թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) \_\_\_\_\_ << \_\_\_\_\_ >>

Օբյեկտիվ տվյալները \_\_\_\_\_

Ախտորոշումը \_\_\_\_\_

Բուժումը (բուժման պլանը) \_\_\_\_\_

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ \_\_\_\_\_  
(պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)



<< \_\_\_\_\_ >> \_\_\_\_\_ 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) \_\_\_\_\_ >>

Օբյեկտիվ տվյալները \_\_\_\_\_

Ախտորոշումը \_\_\_\_\_

Բուժումը (բուժման պլանը) \_\_\_\_\_

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին,  
որոնց համաձայն եմ , որի համար ստորագրում եմ \_\_\_\_\_  
(պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)

(ընտանեկան բժշկական կենտրոնի ներկայացուցիչ)

<< \_\_\_\_\_ >> 20 \_\_\_\_ թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) \_\_\_\_\_ 05 \_\_\_\_\_ << \_\_\_\_\_ >>

Օբյեկտիվ տվյալները \_\_\_\_\_ ղեկավարի կողմից

Ախտորոշումը \_\_\_\_\_ ղեկավարի կողմից

Բուժումը (բուժման պլանը) \_\_\_\_\_ (ղեկավարի կողմից) ղեկավարի կողմից

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ , որի համար ստորագրում եմ \_\_\_\_\_ (պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)



<< \_\_\_\_\_ >> 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) \_\_\_\_\_

Օբյեկտիվ տվյալները \_\_\_\_\_

Ախտորոշումը \_\_\_\_\_

Բուժումը (բուժման պլանը) \_\_\_\_\_

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ \_\_\_\_\_  
(պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)

<< \_\_\_\_\_ >> 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) \_\_\_\_\_ << \_\_\_\_\_ >>

Օբյեկտիվ տվյալները \_\_\_\_\_

Ախտորոշումը \_\_\_\_\_

Բուժումը (բուժման պլանը) \_\_\_\_\_

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ , որի համար ստորագրում եմ \_\_\_\_\_  
(պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)



ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԸ

<< >> 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) << >>

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ  
(պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)

<< \_\_\_\_\_ >> \_\_\_\_\_ 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) \_\_\_\_\_ << \_\_\_\_\_ >> \_\_\_\_\_

Օբյեկտիվ տվյալները \_\_\_\_\_

Ախտորոշումը \_\_\_\_\_

Բուժումը (բուժման պլանը) \_\_\_\_\_

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ \_\_\_\_\_ (պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)

(ընտանեկան բժշկական կենտրոնի ղեկավար)



ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԸ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՐԹԱԳԱՐԾԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ

«    »      20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին,  
որոնց համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ (պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)

<< \_\_\_\_\_ >> 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) \_\_\_\_\_ >>

Օբյեկտիվ տվյալները \_\_\_\_\_

Ախտորոշումը \_\_\_\_\_

Բուժումը (բուժման պլանը) \_\_\_\_\_

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ , որի համար ստորագրում եմ \_\_\_\_\_  
(ցմտվող զրազրոտս , Ա.Ա. զրազրազ) (պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)



ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՅԸ

<< >> 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ  
(պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)

<< \_\_\_\_\_ >> 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) \_\_\_\_\_ << \_\_\_\_\_ >>

Օբյեկտիվ տվյալները \_\_\_\_\_

Ախտորոշումը \_\_\_\_\_

Բուժումը (բուժման պլանը) \_\_\_\_\_

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ , որի համար ստորագրում եմ \_\_\_\_\_  
(ընկերության պատվիրակ) (պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)



ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԸ

<< >> 20 թ. Այդի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) >>

Օրբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնց համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ (պացիենտի Ա.Ա., ստորագրությունը)