

ՀՀ ԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ԱԶԳԱՅԻՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

Հավելված N5
ՀՀ առողջապահության նախարարի
2010թ.-ի սեպտեմբերի 17-ի
N 18-Ն հրամանի
Ձև

(ստորագրողիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողի անվանումը)

«__» _____ 20 թ.

ԵՐԵՒԱՅԻ ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ 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 են համաձայնությունս մշակելու ներկայացված իմ երեխայի անհատական տվյալները՝ օրենքով
սահմանված անհատական տվյալների պաշտպանության նորմերին համապատասխան, որի համար
ստորագրում եմ _____

(երեխայի օրինական ներկայացուցչի անունը, ազգանունը, ստորագրությունը)

ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

1. Ունեցե՞լ է արդյոք ալերգիկ դրսևորումներ (եթե այո, նշել իմեցից):

Այո ☐ Ոչ ☐

2. Հաճախակի՞ եք ունենում արմահոսություն քթից, հեշտությա՞մբ են առաջանում կապտուկներ, երկարատև՞ է արմահոսությունը վերքերից կամ հեռացված ատամի ատամնաբնից (ցանկացածի առկայության դեպքում նշել ,այոե 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 թերձնշում (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"/>	Ընկնավորություն (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 զերձնշում (հիպերտենզիա)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Մաշկային հիվանդություններ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ունե՞ք կամ երբևիցե ունեցե՞լ եք հիվանդություն, որը նշված չէ, եթե այո, նշեք այն.				Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>

Երեխայի օրինական ներկայացուցչի անունը, ազգանունը, ստորագրությունը.

Ամսաթիվ «___» _____ 20 թ.

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՎԻՃԱԿԸ

Բացակայող տատմ - O

Ոչ տատմնափուտ, ակտ. - ▽

Ատամնափուտ - C

Կակղանաբորբ - P

Շուրջատամնաբորբ - Pt

Արմատ - R

Ատամնալիցք - F

Ատամնափառ - DP

Ատամնաքար - DC

Ատամների շարժ. I°, II°, III°

աա (կպ) _____ աա + ԱԱՀ (կպ + ԿՊՀ) _____

ԱԱՀ (ԿՊՀ) _____

Հարատամնահյուսվածքի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վիճակը _____

Կծվածքի տեսակը .

Բնականոն ☐ Ախտաբանական ☐

հեռադիր (դիստալ) ☐

մոտակա (մեզիալ) ☐

խորը ☐

բաց ☐

խաչաձև ☐

Ճառագայթային ախտորոշիչ հետազոտություն.

Բերանի խոռոչի հիգիենիկ վիճակը.

լավ ☐

բավարար ☐

վատ ☐

Բժշկի ստորագրությունը _____

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն են, որի համար ստորագրում եմ

(Երկուսի օրինակահ ներկայացուցի տեղում, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾՆԹԱՑ

« ____ » ____ 20 ____ թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) _____

Օբյեկտիվ տվյալները _____

Ախտորոշումը _____

Բուժումը (բուժման պլանը) _____

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն են, որի համար ստորագրում եմ _____

(Երկտալի օրենսկան ներկայացուցչի տեղ, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՅ

«___» ___ 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ

(Երկուսի՝ օրինական ներկայացուցչի տեղերը, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԱԴԱՅ

«___» _____ 20__ թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) _____

Օբյեկտիվ տվյալները _____

Ախտորոշումը _____

Բուժումը (բուժման պլանը) _____

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոն համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ _____

(Երկխոսի օրինական ներկայացուցչի անունը, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԼԵԹԱՅ

« 20 » ր. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն են, որի համար ստորագրում եմ

(երկուսի՝ օրինական ներկայացուցչի տեղ մը, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԼԹԱՑ

* 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն են, որի համար ստորագրում եմ

(Երկտափ օրինական ներկայացուցչի անունը, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԼՆԹԱՑ

« 20 » Դեկտեմբեր 2017 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն են, որի համար ստորագրում եմ

(Երեխայի օրինական ներկայացուցչի տեղում, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԱԴԱՅ

« 20 » թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որով
համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ

(Երկխառի օրինական ներկայացուցչի անունը, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑ

« _____ » 20 ____ թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ

(Երեխայի օրինական ներկայացուցչի տնու մեջ, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑ

«___» ___ 20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որով համաձայն եմ, որի համար ստորագրում եմ

(Երկխառի օրինակում ներկայացուցել անուից, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԱԴՐՈՒՄ

« _____ » 20 ____ թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն են, որի համար ստորագրում եմ

(Երեխայի զրկման ենթակառուցվածքի տեսակ, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԱԴԱՐՈՒՄ

« _____ » 20 ____ թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) _____

Օբյեկտիվ տվյալները _____

Ախտորոշումը _____

Բուժումը (բուժման պլանը) _____

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն են, որի համար ստորագրում եմ _____

(Երկստի օրինակներ ենթակարգում էին տեղի, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸԼԹԱՅ

«___»___20__թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները)

Օբյեկտիվ տվյալները

Ախտորոշումը

Բուժումը (բուժման պլանը)

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն են, որի համար ստորագրում եմ

(Երկխոսի օրինական ներկայացուցչի տեղում, ազգանունը, ստորագրությունը)

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԱԴԱՅ

«___»___20 թ. Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալները) _____

Օբյեկտիվ տվյալները _____

Ախտորոշումը _____

Բուժումը (բուժման պլանը) _____

Բժշկի խորհրդատվության արդյունքում ծանոթացա բուժման գործընթացին և վճարման կարգին, որոնք համաձայն եմ, որք համար ստորագրում եմ _____

(Երկխափ օրինական ներկայացուցչի տեսակը, ազգանունը, ստորագրությունը)