

ՀՐԱՄԱՆ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ

ք. Երևան

N 18-Ն

17. ՍԵՊՏԵՄԲԵՐ. 2010 թ.

ՍՏՈՄԱՏՈՂՈԳԻԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄ
ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ
ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ՄԱՏՅԱՆՆԵՐԻ, ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ՍՏՈՄԱՏՈՂՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ, ԵՐԵԽԱՅԻ
ՍՏՈՄԱՏՈՂՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ, ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻՆ ՏՐԱՄԱԴՐՎՈՂ ԱՅՑԵԼՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏԻ
ՁԵՎԵՐԸ ԵՎ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ՍՏՈՄԱՏՈՂՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ԵՎ ԵՐԵԽԱՅԻ
ՍՏՈՄԱՏՈՂՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ԼՐԱՑՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑՆԵՐԸ
ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2009 թվականի հոկտեմբերի 29-ի N 1275-Ն որոշումը, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի N 1936-Ն որոշման 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետը, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աշխատակազմ» պետական կառավարչական հիմնարկ ստեղծելու, ՀՀ առողջապահության նախարարության կանոնադրությունը և աշխատակազմի կառուցվածքը հաստատելու մասին» N 1300-Ն որոշման 12-րդ կետի «դ» ենթակետը.

Հ Ր Ա Մ Ա Յ Ո Ւ Մ Ե Մ `

1. Հաստատել.

1) Ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող տնտեսվարող սուբյեկտների կողմից պացիենտների հաշվառման կարգը՝ համաձայն N 1 հավելվածի.

2) Ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից պացիենտների հաշվառման մատյանների (պետպատվեր, վճարովի ծառայություններ) ձևերը՝ համաձայն N 2 և 3 հավելվածների.

3) Մեծահասակի ստոմատոլոգիական քարտի ձևը՝ համաձայն N 4 հավելվածի.

4) Երեխայի ստոմատոլոգիական քարտի ձևը՝ համաձայն N 5 հավելվածի.

5) Ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից պացիենտներին տրամադրվող այցելության քարտի ձևը՝ համաձայն N 6 հավելվածի.

6) մեծահասակի ստոմատոլոգիական քարտի և երեխայի ստոմատոլոգիական քարտի վարման ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 7-ի.

7) մեծահասակի ստոմատոլոգիական քարտի և երեխայի ստոմատոլոգիական քարտի լրացման ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 8-ի:

2. Սահմանել, որ սույն հրամանի 1-ին կետի 3-րդ եւ 4-րդ ենթակետով հաստատված ձևերը տպագրվում են A5 ֆորմատի տպագրական թղթի վրա: Կազմի վրա կարող է տպագրվել բժշկական կազմակերպության տարբերանշանը՝ պահպանելով սույն կետի պահանջները:

3. Սահմանել, որ հավելված N4-ով և հավելված 5-ով հաստատված Ձևերի <<Բուժման գործընթաց>> բաժինը բաղկացած են 6 թերթից:

4. Սահմանել, որ ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից մեծահասակի ստոմատոլոգիական քարտի և երեխայի ստոմատոլոգիական քարտի ներդրումը իրականացվում է աստիճանաբար, առաջին հերթին այն կիրառելով հետևյալ դեպքերում՝

1) առաջին անգամ դիմած և նախկինում ստոմատոլոգիական քարտ չունեցող բնակիչների համար,

2) եթե լրացել են նախկին ստոմատոլոգիական բժշկական քարտի բոլոր էջերը կամ մաշվածության պատճառով այն օգտագործման համար պիտանի չէ.

3) նախկին ստոմատոլոգիական քարտերը կորցրած անձանց համար:

5. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի իրավական խորհրդական Ս. Քրմոյանին՝ սույն հրամանը սահմանված կարգով ներկայացնել Հայաստանի Հանրապետության արդարադատության նախարարություն՝ պետական իրավական փորձաքննության եւ պետական գրանցման:

6. Ուժը կորցրած ճանաչել Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2009 թվականի հոկտեմբերի 12-ի <<Ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների և կաբինետների կողմից պացիենտների հաշվառման կարգը, պացիենտների հաշվառման մատյանի, մեծահասակի ստոմատոլոգիական քարտի, երեխայի ստոմատոլոգիական քարտի, պացիենտներին տրամադրվող այցեքարտի ձևերը հաստատելու մասին>> N 18-Ն հրամանը:

7. Սույն հրամանի կատարման հսկողությունը ստանձնում եմ ինքս:

Հ.ՔՈՒՇԿՅԱՆ

ԿԱՐԳ
ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄ
ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ
ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ

1. Սույն կարգը սահմանում է ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից (այսուհետ՝ բժշկական կազմակերպություն) պացիենտների հաշվառման կարգը:

2. Սույն կարգի իմաստով պացիենտ է համարվում ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու նպատակով բժշկական կազմակերպություն դիմող ֆիզիկական անձը:

3. Յուրաքանչյուր բժշկական կազմակերպություն վարում է համարակալված, թելակարված և բժշկական կազմակերպության կնիքով կնքված սույն հրամանի N2 և 3 հավելվածներով հաստատված ձևի պացիենտների հաշվառման մատյան:

4. Բժշկական կազմակերպություն խորհրդատվության, հետազոտման կամ բուժման նպատակով մուտք գործող յուրաքանչյուր անձի վերաբերյալ տեղեկությունները հաշվառվում է բժշկական կազմակերպության պացիենտների հաշվառման մատյանում:

5. Բժշկական կազմակերպություն մուտք գործող յուրաքանչյուր պացիենտի համար լրացվում է ստոմատոլոգիական քարտ, որով պացիենտը մտնում է բուժող բժշկի մոտ:

6. Պացիենտի ստոմատոլոգիական քարտը ունի հերթական համար, որը կազմված է ամբողջ թվից եւ ընթացիկ տարվա տարեթվից:

7. Պացիենտի ստոմատոլոգիական քարտի բժշկական տվյալները լրացվում են բուժող բժշկի կողմից:

8. Պացիենտների հաշվառման մատյանում գրանցելուց եւ ստոմատոլոգիական քարտ լրացնելուց հետո, պացիենտին տրամադրվում է բժշկական կազմակերպության կնիքով կնքված այցելության քարտ: Այցելության քարտի վրա նշվում է համար, որը համընկնում է պացիենտի ստոմատոլոգիական քարտի համարի հետ: Այցելության քարտում նշվում է պացիենտի հաջորդ այցելության տարին, ամիսը, ամսաթիվը, ժամը, նպատակը, բժշկի անունը և ազգանունը:

9. Պացիենտի՝ բժշկական կազմակերպություն յուրաքանչյուր այցելության ժամանակ մատենավարման բաժնում այցի վերաբերյալ գրառում է կատարվում պացիենտների

հաշվառման մատյանում, իսկ կատարված բժշկական միջամտությունների մասին նշվում է պացիենտի ստոմատոլոգիական քարտում:

10. Բժշկական կազմակերպությունում պացիենտների հաշվառման մատյանը, ստոմատոլոգիական քարտերը, ինչպես նաև պացիենտի անհատական տվյալների և հիվանդության ընթացքի վերաբերյալ տեղեկություններ պարունակող այլ փաստաթղթերը պահվում են մատենավարման բաժնում՝ առանձնացված փակ պահարաններում՝ ապահովելով բժշկական գաղտնիքի պահպանումը:

11. Սույն կարգի պահանջները խախտելու համար բժշկական կազմակերպությունները պատասխանատվություն են կրում օրենքով սահմանված կարգով:

(ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողի անվանումը)

ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ՄԱՏՅԱՆ

(վճարովի ծառայությունների համար)

h/h	Օրը, ամիսը, տարին	Անունը, ազգանունը, հայրանունը	Բնակության վայրը, հեռախոսի համարը	Բժշկի անունը, ազգանունը, հայրանունը	Պացիենտի ստոմատոլո- գիական քարտի համարը	Բժշկի ստորա- գրությունը
1	2	3	4	5	6	
					Ելք	Մուտք

(ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողի անվանումը)

« _____ » _____ 20 թ.

ՄԵԾԱՀԱՍՍԱԿԻ 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 (պետական պատվեր) _____

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

(պացիենտի ստորագրությունը)

ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

1. Ունեցե՞լ եք արդյոք ալերգիկ դրսևորումներ (եթե այո, նշել ինչից): Այո Ոչ

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

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

	Այո	Ոչ		Այո	Ոչ
Ռեմատոիզմ	<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"/>	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 զերճնշում (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 Ոչ

5. Կրծքով կերակրու՞մ եք կամ ունե՞ք հղիություն . Այո Ոչ Ժամկետները _____

Պացիենտի ստորագրությունը _____

Ամսաթիվ « _____ » _____ 20 թ.

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՎԻՃԱԿԸ

Բացակայող ատամ – O

Ոչ ատամնափուտ. ախտ. – ∇

Ատամնափուտ – C

Կակղանաբորբ – P

Շուրջատամնաբորբ – Pt

Արմատ – R

Իմպլանտ – I

Ատամնալիցք – F

Ատամնափառ – DP

Ատամնաքար – DC

Արհեստական պսակ – Cr

Ատամների շարժունություն՝ I°, II°, III°

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

Բերանի խոռոչի հիգիենիկ վիճակը.

լավ

բավարար

վատ

Հարատամնահյուսվածքի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վիճակը _____

Կծվածքի տեսակը .

Բնականոն Ախտաբանական

հեռադիր (դիստալ)

մոտակա (մեզիալ)

խորը

բաց

խաչաձև

Ճառագայթային ախտորոշիչ հետազոտություն.

Բժշկի ստորագրությունը _____

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑ

«___» _____ 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)

(ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողի անվանումը)

«_____» _____ 20 թ.

ԵՐԵՒԱՅԻ ՄՏՈՄԱՏՈՒՈՒԳԻԱԿԱՆ 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 (պետական պատվեր) _____

Տալիս եմ 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 եք արդյոք ալերգիկ դրսևորումներ (եթե այո, նշել ինչից): Այո Ոչ

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

3. Ունե՞ք կամ երբևիցե ունեցե՞լ եք ստորն 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"/>	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 զերճնշում (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 Ոչ

Երեխայի օրինական ներկայացուցչի անունը, ազգանունը, ստորագրությունը.

Ամսաթիվ «_____» _____ 20 թ.

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՎԻՃԱԿԸ

Բացակայող ատամ – O

Ոչ ատամնափուտ. ախտ. – ∇

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) _____

			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				

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 _____

ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑ

«_____» _____ 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 _____

(Երեխայի օրինական ներկայացուցչի անունը, ազգանունը, ստորագրությունը)

(ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողի անվանումը)

ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻՆ ՏՐԱՄԱԴՐՎՈՂ ԱՅՑԵԼՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏ

h/h	Այցելության տարին, ամիսը, ամսաթիվը	Ժամը	Այցելության նպատակը	Բժշկի անունը, ազգանունը

ՀԻՇԵՑՈՒՄ

Խնդրում ենք Ձեզ բժշկին ներկայանալ սույն թերթիկով. այն անհրաժեշտ է սպասարկման համար:

ՇՆՈՐՀԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆ

**ՄԵԾԱՀԱՍՏԱԿԻ ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ԵՎ ԵՐԵԽԱՅԻ ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ
ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

I. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Սույն ուղեցույցը սահմանում է ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից մեծահասակի ստոմատոլոգիական քարտի և երեխայի ստոմատոլոգիական քարտի (այսուհետ՝ ստոմատոլոգիական քարտ) վարման գործընթացը՝ ներառյալ դրանց տրամադրումը, պահպանումը, շրջանառությունը բժիշկ-մասնագետների մոտ և վերադարձը մատենավարման (գրանցման) բաժին:
2. Ստոմատոլոգիական քարտը ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից վարվող պացիենտի անհատական և առողջական տվյալների գրանցման բժշկական փաստաթուղթն է:

II. ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄԸ

3. Ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն ստանալու նպատակով բժշկական կազմակերպություն դիմած պացիենտի կողմից ներկայացված անձնական տվյալների հիման վրա մատենավարի կողմից պացիենտի համար բացվում է ստոմատոլոգիական քարտ:
4. Ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն ստանալու նպատակով ստոմատոլոգիական բժշկական կազմակերպություն այցելած ստոմատոլոգիական բժշկական քարտ ունեցող պացիենտը մատենավարին հայտնում է իր և սպասարկող բժշկի անունը, ազգանունը:
5. Մատենավարը.
 - 1) կատարում է համապատասխան գրառում պացենտների հաշվառման մատյանում, լրացնում է ստոմատոլոգիական պացիենտի այցելության քարտը, որը հետագայում կարող է լրացվել նաև բժշկի կողմից: Ստոմատոլոգիական պացիենտի այցելության քարտը պահվում է պացիենտի մոտ՝ մինչ բուժման գործընթացի ավարտը,
 - 2) պացիենտին հայտնում է բժշկի կաբինետի համարը,
 - 3) պացիենտի ստոմատոլոգիական քարտը հանձնում է համապատասխան կաբինետի բժշկին,

4) պացիենտի առողջական անբավարար վիճակի դեպքում՝ կանչում է պացիենտին սպասարկող բուժքրոջը նրան բժշկի մոտ ուղեկցելու համար: Այդ դեպքում պացիենտի ստոմատոլոգիական քարտը և ստոմատոլոգիական պացիենտի այցելության քարտը հանձնում է բուժքրոջը:

6. Ստոմատոլոգիական քարտը առձեռն չի տրվում պացիենտին:

7. Անհրաժեշտության դեպքում, պացիենտի դիմումի համաձայն, նրան տրամադրվում է քաղվածք ստոմատոլոգիական քարտից:

8. Այն դեպքում, երբ նախկին ստոմատոլոգիական քարտի բոլոր էջերը լրացված են լինում կամ մաշվածության պատճառով ստոմատոլոգիական քարտը պիտանի չէ, ապա այս դեպքում նոր բացված ստոմատոլոգիական քարտը կցվում է նախորդ ստոմատոլոգիական քարտին, իսկ նոր բացված ստոմատոլոգիական քարտը համարակալելիս նախ նշվում է նախկին ստոմատոլոգիական քարտի համարը, այնուհետև դրվում է կոտորակ, հետո՝ տարեթիվը, նորից կոտորակ, իսկ հետո գրվում է հերթական անգամ բացվող ստոմատոլոգիական քարտի թիվը:

III. ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ՊԱՀՊԱՆՈՒՄԸ

9. Ստոմատոլոգիական քարտերը պահպանվում են ստոմատոլոգիական բժշկական կազմակերպության մատենավարման (գրանցման) բաժնում, այդ նպատակով առանձնացված գրապահարաններում (գրադարակներ):

10. Գրապահարանները (գրադարակներ)՝

1) համարակալվում և նշագրվում են բժիշկների անունով: Յուրաքանչյուր համարակալված և նշագրված գրապահարանում (գրադարակում) պահվում են տվյալ բժշկի կողմից սպասարկվող պացիենտների ստոմատոլոգիական քարտերը.

2) կամ, համարակալվում և նշագրվում են այբբենական կարգով: Համարակալված և նշագրված գրապահարանում (գրադարակ) պացիենտների ստոմատոլոգիական քարտերը դասավորվում են ըստ պացիենտների ազգանունների:

11. Ստոմատոլոգիական քարտերի շրջանառությունը հսկելու նպատակով, մատենավարման (գրանցման) բաժնում պահվում է սահմանված ձևի պացիենտի հաշվառման մատյան, որում գրանցվում են յուրաքանչյուր օրվա ընթացքում մատենավարման (գրանցման) բաժնից դուրս եկած ստոմատոլոգիական քարտերի շարժը՝ ըստ դրանք ստացող բժիշկների:

IV. ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ՎԱՐՈՒՄԸ ԲԺՇԿԻ ԿՈՂՄԻՑ

12. Ստոմատոլոգիական քարտը բժշկի կողմից լրացվում է պացիենտի այցի ընթացքում:

13. Յուրաքանչյուր աշխատանքային օրվա վերջում բժիշկը կամ բուժքույր ստոմատոլոգիական քարտը կամ քարտերը ստորագրությամբ (պացիենտի հաշվառման մատյանում) վերադարձնում են մատենավարման (գրանցման) բաժին:

**V. ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԵՐԻ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅՈՒՆԸ ՆՈՒՅՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐՍՈՒՄ ԿԱՄ ՆՐԱՆԻՑ ԴՈՒՐՍ ԱՅԼ ՄԱՍՆԱԳԵՏԻ ՄՈՏ ԲՈՒԺՄԱՆ,
ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԿԱՄ ՕԺԱՆԴԱԿ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՈՒՂԵԳՐԵԼԻՍ**

14. Պացիենտին նույն կազմակերպության ներսում այլ մասնագետի մոտ բուժման, խորհրդատվության կամ օժանդակ հետազոտության ուղեգրելիս ուղեգրող բժիշկը ստոմատոլոգիական քարտը հանձնում է բուժքրոջը, որն ուղեկցում է պացիենտին համապատասխան մասնագետի մոտ:

15. Այցի ընթացքում բժիշկը կամ հետազոտություն իրականացնող մասնագետը ստոմատոլոգիական քարտում լրացնում է բուժման, խորհրդատվության կամ հետազոտման արդյունքները: Այցի ավարտից հետո տվյալ մասնագիտական/ախտորոշիչ կաբինետի բուժքույրը ստոմատոլոգիական քարտը վերադարձնում է ուղեգրող բժշկին:

16. Այլ ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողի մոտ բուժման, խորհրդատվության կամ հետազոտման ուղեգրելիս ստոմատոլոգիական քարտը համապատասխան մասնագետի մոտ չի ուղարկվում: Կատարված միջամտության մասին ստացված տեղեկանքը կամ հետազոտության արդյունքները փակցվում են ստոմատոլոգիական քարտում:

**ՄԵԾԱՀԱՍՏԱԿԻ ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ԵՎ
ԵՐԵԽԱՅԻ ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ
ԼՐԱՑՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

I. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Սույն ուղեցույցը սահմանում է ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից մեծահասակի ստոմատոլոգիական քարտի և երեխայի ստոմատոլոգիական քարտի (այսուհետ՝ ստոմատոլոգիական քարտ) լրացման կարգը:

II. ԱՐՁԱՆԱԳՐԱՅԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

2. Ստոմատոլոգիական քարտի «արձանագրային տեղեկություններ» բաժինը (առաջի էջ) լրացնում է ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող լիցենզավորված սուբյեկտի մատենավարը՝ առաջին անգամ պացիենտին քարտ տրամադրելիս:

3. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում ընդգրկված քաղաքացիները մատենավարին պետք է ներկայացնեն անձնագրի և հատուկ կարգավիճակը հաստատող փաստաթղթի բնօրինակներն ու պատճենները: Օրթոպեդիկ բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման դեպքում եթե պացիենտի հաշվառման վայրը չի համապատասխանում բնակության վայրին, ապա պացիենտը ներկայացնում է տեղեկանք փաստացի բնակության վայրի վերաբերյալ: Տեղեկանքը և փաստաթղթերի պատճենները մատենավարը փակցնում է ստոմատոլոգիական քարտում:

III. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

4. Ստոմատոլոգիական քարտի «Տեղեկություններ առողջության վերաբերյալ» բաժնում պացիենտը մատենավարի մոտ լրացնում է իր օհիվանդության պատմությունը և ստորագրում վերջում, որի շնորհիվ բժիշկը ստանում է տեղեկատվություն պացիենտի կրած և ուղեկցող հիվանդությունների, օգտագործվող դեղերի վերաբերյալ, որը անհրաժեշտ է հետագա հետազոտման և բուժման գործընթացի իրականացման համար:

5. Չլրացված հարցերի դեպքում բուժքույրը կրկնակի հարցադրման միջոցով օգնում է պացիենտին լրացնելու բաց թողնված հարցերը:

6. Ստոմատոլոգիական քարտի «Տեղեկություններ առողջության վերաբերյալ» բաժինը լրացնելու համար բուժքույրը կարող է օգնել տարեցներին կամ անձանց, ովքեր ինքնուրույն չեն կարող լրացնել այն:

7. Այն բոլոր դեպքերում, երբ պացիենտը հրաժարվում է բուժքրոջը տեղեկացնել իր բոլոր հիվանդությունների մասին, բժիշկն ինքն է լրացնում պացիենտի ստոմատոլոգիական քարտը:

8. Սույն հրամանի N4 և N 5 հավելվածներով հաստատված մեծահասակի ստոմատոլոգիական քարտի և երեխաների ստոմատոլոգիական քարտի «Տեղեկություններ առողջության վերաբերյալ» բաժնի 4-րդ կետը լրացնելիս ներկայացվում է տեղեկություն օգտագործվող դեղերի վերաբերյալ:

9. Պացիենտի առողջության մասին ստացված տեղեկությունները հանդիսանում են բժշկական գաղտնիք:

10. «Հիվանդության պատմությունը» նորացվում է առնվազն երեք տարին մեկ անգամ, անհրաժեշտության դեպքում՝ նաև ավելի հաճախ:

IV. ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՎԻՃԱԿԸ

11. «Բերանի խոռոչի վիճակը» բաժինը լրացվում է բուժող բժշկի կողմից՝ մանրակրկիտ կլինիկական (զննում, թակում, զոնդավորում, շոշափում), անհրաժեշտության դեպքում նաև օժանդակ (ջերմախտորոշում, էլեկտրաախտորոշում, ռենտգեն ախտորոշում և այլն) հետազոտություն իրականացնելուց հետո:

V. ԱՅՑԻ ՊԱՏՃԱՌԸ (ՍՈՒԲՅԵԿՏԻՎ ՏՎՅԱԼՆԵՐ)

12. «Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալներ)» բաժինը լրացնում է բուժող բժիշկը՝ պացիենտի այցելության ժամանակ:

13. Այս բաժնում մանրակրկիտ կերպով լրացվում են պացիենտի կողմից ներկայացված գանգատները (օրինակ՝ ցավի բնույթը, տևողությունը, հիվանդության առաջացման պատճառները և այլն), այցի պատճառը:

VI. ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

14. «Օբյեկտիվ տվյալներ» բաժինը լրացնում է բուժող բժիշկը՝ պացիենտի այցելության ժամանակ:

15. Այս բաժնում մանրակրկիտ կերպով լրացվում են կլինիկական (զննում, թակում, զոնդավորում, շոշափում), անհրաժեշտության դեպքում նաև օժանդակ (ջերմախտորոշում, էլեկտրաախտորոշում, ճառագայթային ախտորոշում և այլն) հետազոտության այն արդյունքները, որոնք անհրաժեշտ են վերջնական ախտորոշման համար:

16. Յուրաքանչյուր այցելության ժամանակ պարտադիր կարգով նշվում են պացիենտի կենսական կարևոր ցուցանիշերը՝ զարկերակային ճնշումը, անոթազարկը, մարմնի ջերմաստիճանը, շնչառության հաճախականությունը:

17. Միևնույն հիվանդության/դեպքի կապակցությամբ կրկնակի և/կամ շարունակական այցերի վերաբերյալ գրառումները կարող են կատարվել կրճատ ձևաչափով՝ գրանցելով դեպքի առաջխաղացումը արձանագրող առավել էական և անհրաժեշտ տեղեկությունները:

VII. ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

18. «Ախտորոշում» բաժինը լրացնում է բուժող բժշկը:

19. Հիմք ընդունելով «Այցի պատճառը (սուբյեկտիվ տվյալներ)» և «Օբյեկտիվ տվյալներ» բաժիններում կատարված գրառումները, բժիշկի կողմից դրվում է վերջնական ախտորոշում, որն գրանցվում է այս բաժնում:

20. Յուրաքանչյուր հերթական գրառման ժամանակ պետք է նշվի ախտորոշումը:

VIII. ԲՈՒԺՈՒՄ (ԲՈՒԺՄԱՆ ՊԼԱՆ)

21. «Բուժում (բուժման պլան)» բաժնում տվյալները լրացնում է բուժող բժշկը:

22. Գրանցվում են պացիենտի ստոմատոլոգիական բուժման (բուժման պլանի) վերաբերյալ ամփոփ տվյալները:

23. Յուրաքանչյուր հերթական գրառման մեջ նշվում է բուժման ընթացքը՝ հստակ նշելով նշանակված դեղերի դեղաձևերը, դեղաչափերը, ընդունման կարգը և տևողությունը:

24. Առանձին դեպքերում նշում է կատարվում պացիենտի կենսակերպի վերաբերյալ տրված խորհրդատվության (սննդակարգ, ծխել, ֆիզիկական ակտիվություն և այլն) մասին:

25. Առանձին դեպքերում կատարվում է նշում տրվող անաշխատունակության թերթիկի և հաջորդ այցի վերաբերյալ: