

რეგისტრაციის ფორმა

“2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ” საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 30 დეკემბრის N 660 დადგენილებით „იმუნიზაციის“ სახელმწიფო პროგრამით შესყიდული იმუნიზაციის წარმოებისათვის საჭირო ვაქცინებისა და ასაცრელი მასალების (შპრიცების და უსაფრთხო ყუთების), სპეციფიკური შრატებისა და ვაქცინების სტრატეგიული მარაგის, ანტირაბიული სამკურნალო საშუალებების მიმღებად რეგისტრაციის თაობაზე

(ფორმა ივსება დადგენილი წესის შესაბამისად)

სამედიცინო დაწესებულების/ფიზიკური პირის რეკვიზიტები:

მითითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისათვის

დაწესებულების სრული დასახელება	საიდენტიფიკაციო კოდი										
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
ფიზიკური პირის მონაცემები (სახელი, გვარი)	საიდენტიფიკაციო კოდი										
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

იურიდიული მისამართი	
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:

ფაქტიური (მომსახურების მიწოდების ადგილი) მისამართი	
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:

დაწესებულების/ფიზიკური პირის საკონტაქტო ინფორმაცია	
ტელეფონი:	ელექტრონული ფოსტა:

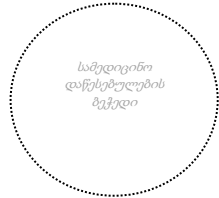
საბანკო რეკვიზიტები		
საბანკო დაწესებულების დასახელება:	ბანკის კოდი:	ანგარიშის ნომერი:

ვადასტურებთ განაცხადში ჩემს მიერ დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს, მათ შორის იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამით შესყიდული საქონლის „ცივი ჯაჭვის“ პრინციპების დაცვით მიღების, შენახვის და პროგრამის მოსარგებლებებისათვის უსასყიდლოდ მიწოდების (შესაბამისი მომსახურების გაწევის) ვალდებულებას და გამოვთქვამთ მზადყოფნას შევასრულოთ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით, მათ შორის „2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 30 დეკემბრის N 660 დადგენილებით გათვალისწინებული შესაბამისი ვალდებულებები, რასაც გავცვანი და ვადასტურებ ხელმოწერით.

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის/ფიზიკური პირის მონაცემები	
სახელი, გვარი	
პირადი ნომერი	
პირადი ტელეფონი (მობილური)	
პირადი ელექტრონული ფოსტა	

ხელმოწერა

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)



ჩაიბარა:

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა

წინამდებარე განაცხადზე ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ სრულად ვიცნობთ იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამით შესყიდული საქონლის მიმღების ვალდებულებას, დამატებით პირობებს, ვაკმაყოფილებთ ასეთი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს და ვიღებთ პასუხისმგებლობას, როგორც საქონლის მიმღები, მონიშნული პროგრამ(ებ)ით/კომპონენტ(ებ)ით ნაკისრი ვალდებულებების სრულ და ჯეროვან შესრულებაზე, ასევე ვადასტურებ, რომ პროგრამის მოსარგებლებს ვაქცინებს მივაწვდით უსასყიდლოდ, გაწეული მომსახურებისათვის (ექიმის კონსულტაცია და აცრა-ვიზიტი) დამატებითი ანაზღაურების მოთხოვნის გარეშე მიუხედავად იმისა წარმოადგენს თუ არა ორგანიზაცია ჯანმრთელობის დაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების/კომპონენტების (საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის ან/და სოფლის ექიმის პროგრამების) მიმწოდებელს.

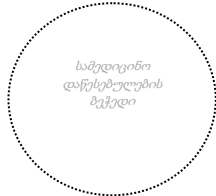
1.	იმუნიზაცია		
1.1	იმუნიზაციის წარმოებისათვის საჭირო ვაქცინების და ასაცრელი მასალების (შპრიცებისა და უსაფრთხო ყუთების) მიღება, შენახვა, პროგრამის მოსარგებლისათვის უსასყიდლოდ მიწოდება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
1.2	"ბცჟ" და "ბ" ჰეპატიტის ვაქცინების მიღება, შენახვა, პროგრამის მოსარგებლისათვის უსასყიდლოდ მიწოდება - აღნიშნული პუნქტი მოინიშნება მხოლოდ სამშობიარო დაწესებულებების მიერ (სტაციონარული ნებართვის მქონე სამშობიარო დაწესებულებები), რომლებიც ცრიან მხოლოდ ახალშობილებს და არ ემსახურებიან სხვა ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვებს	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
1.3	სპეციფიკური შრატებისა და ვაქცინების მიღება, შენახვა, პროგრამის მოსარგებლისათვის უსასყიდლოდ მიწოდება		
1.3.1	ტეტანუსის საწინააღმდეგო შრატი (სამკურნალო დანიშნულებით)	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
1.3.2	ბოტულიზმის საწინააღმდეგო შრატი (სამკურნალო დანიშნულებით)	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
1.3.3	დიფთერიის საწინააღმდეგო შრატი (სამკურნალო დანიშნულებით)	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
1.3.4	გველის შხამის საწინააღმდეგო შრატი (სამკურნალო დანიშნულებით)	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
1.3.5	ყვითელი ცხელების საწინააღმდეგო ვაქცინა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
1.4	ანტირაბიული სამკურნალო საშუალებების მიღება, შენახვა, პროგრამის მოსარგებლისათვის უსასყიდლოდ მიწოდება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა

შენიშვნა:

“✓” ნიშნით მიეთითება ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში (კომპონენტში) საქონლის მიმღებად რეგისტრაციაზე თანხმობა ან უარი. შესაბამისი პასუხი უნდა მიეთითოს ყველა პროგრამის (კომპონენტის) გასწვრივ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სხვა პროგრამ(ებ)ში/კომპონენტ(ებ)ში უკვე რეგისტრირებული მიმღები განაცხადს ავსებს დამატებით, სხვა პროგრამ(ებ)ში/კომპონენტ(ებ)ში მონაწილეობის მიზნით. არასრულად, შეცდომებით ან/და დაკორექტირებული (გადახაზული) მონაცემებით შევსებული ფორმა არ მიიღება.

* ყვითელი ცხელების საწინააღმდეგო ვაქცინის (ხარჯვის ოპტიმიზაციის მიზნით) მიმღებად რეგიონში/მუნიციპალიტეტში/ქალაქში რეგისტრირდება მხოლოდ ერთი სამედიცინო დაწესებულება, რომელსაც ბოლო ერთი წლის მონაცემებით ყვითელ ცხელებაზე აცრილი ჰყავს ბენეფიციართა ყველაზე მეტი რაოდენობა სამოქმედო არეალში.

ხელმოწერა



ჩაიბარა:

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა -----

ინფორმაცია შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ნებართვის/ლიცენზიის შესახებ

(ივსება შესაბამისი საქმიანობის ლიცენზიის/ნებართვის საჭიროების, აგრეთვე, იმ პროგრამებში მონაწილეობის შემთხვევაში, რომელთა მომსახურების მოცულობა და დამატებითი პირობები ითვალსწინებს საქმიანობებს, როდესაც სავალდებულოა დამატებითი სანებართვო პირობების დაკმაყოფილება ან მაღალი რისკის შემცველი საქმიანობების შესახებ სავალდებულო შეტყობინებათა რეესტრში რეგისტრაცია)

N	ნებართვის/ლიცენზიის, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის დასახელება	ნებართვის/ლიცენზიის ნომერი და/ან მაღალი რისკის შემცველი საქმიანობის თაობაზე შეტყობინების ნომერი/თარიღი
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
შენიშვნა:		
<p><i>რუტინული/გეგმიური (და ყვითელი ცხელების) ვაქცინების მიმღებად რეგისტრაციისათვის დაწესებულება/ფიზიკური პირი უნდა აკმაყოფილებდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 19 ნოემბრის 01- 57/ ნ ბრძანებით აცრების წარმოებისათვის განსაზღვრულ პირობებს. ამასთან, მხოლოდ „ბცჟ“ და „ბ“ ჰეპატიტის ვაქცინების მიმღებად რეგისტრაციისთვის, სამედიცინო მომსახურების განმახორციელებელ სამედიცინო დაწესებულებებს (სამშობიარო სახლებს) უნდა გააჩნდეთ სტაციონარული დაწესებულების ნებართვა და უნდა ფლობდნენ სანებართვო დანართს საქმიანობაში - მეანობა.</i></p>		
<p><i>ანტირაბიული ვაქცინების/იმუნოგლობულინის მიმღებად რეგისტრაციისათვის დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს: სტაციონარული დაწესებულების ნებართვა, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო დაწესებულება ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში აწარმოებს ანტირაბიულ მომსახურებას, მას კანონმდებლობით დადგენილი წესით, განხორციელებული უნდა ჰქონდეს შეტყობინება მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობებზე ქირურგიასა და იმუნიზაციაში და ჰყავდეს სერტიფიცირებული რაბიოლოგი ან/და ქირურგი.</i></p>		
<p><i>ბოტულიზმის, დიფთერიისა და ტეტანუსის საწინააღმდეგო შრატების მიმღებად რეგისტრაციისათვის დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს: სტაციონარული დაწესებულების ნებართვა, ფლობდეს სანებართვო დანართს ინფექციურ დაავადებათა მუწურალობაში ან გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაში და უნდა გააჩნდეს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესაძლებლობა.</i></p>		
<p><i>გველის შხამის საწინააღმდეგო შრატის მიმღებად რეგისტრაციისათვის დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს: სტაციონარული დაწესებულების ნებართვა და სანებართვო დანართი საქმიანობაში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, გააჩნდეს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესაძლებლობა და ჰყავდეს სერტიფიცირებული ტოქსიკოლოგი/ქირურგი.</i></p>		

ხელმოწერა



ჩაიბარა:
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა

ინფორმაცია „ცივი ჯაჭვის“ განხორციელების შესაძლებლობის შესახებ

1.	ინფორმაცია „ცივი ჯაჭვის“ განხორციელების შესახებ		
1.1	ვაქცინების, ანტირაბიული სამკურნალო საშუალებების, შრატების და ასაცრელი მასალების შენახვა და ტრანსპორტირება „ცივი ჯაჭვის“ პრინციპების დაცვით	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა

შენიშვნა:

“✓” ნიშნით მიეთითება იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის საქონლის მიმღების მზადყოფნა და შესაძლებლობა საქონლის „ცივი ჯაჭვის“ პრინციპით შენახვასა და ტრანსპორტირებაზე.

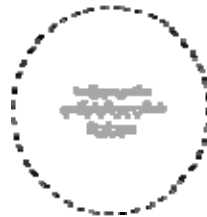
ინფორმაცია ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის შესაძლებლობის შესახებ

2.	ინფორმაცია ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის შესახებ		
2.1	„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის“ სახელმწიფო პროგრამა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
2.2	„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა

შენიშვნა:

“✓” ნიშნით მიეთითება ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულების/ფიზიკური პირის ჯანმრთელობის დაცვის შესაბამის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობის შესახებ.

ხელმოწერა



“2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ” საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 დეკემბრის N 660 დადგენილებით „იმუნიზაციის“ სახელმწიფო პროგრამით შესყიდული იმუნიზაციის წარმოებისათვის საჭირო ვაქცინების და ასაცრელი მასალების (შპრიცების და უსაფრთხო ყუთების), სპეციფიკური შრატებისა და ვაქცინების სტრატეგიული მარაგის, ანტირაბიული სამკურნალო საშუალებების მიმღებად რეგისტრაციის თაობაზე წარმოდგენილი ფორმა ჩაიბარა:

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის

პასუხისმგებელი პირი (სახელი, გვარი, თანამდებობა)

თარიღი -----