ՆԱԽԱԳԻԾ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ

ՀՐԱՄԱՆ

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 թ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ն

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՄԻ ՇԱՐՔ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԻ ՁԵՎԵՐԸ ՍԱՀՄԱՆԵԼՈւ ԵՎ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈւԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈւԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ 2013 ԹՎԱԿԱՆԻ ՀՈւԼԻՍԻ 3-Ի ԹԻՎ 35-Ն ՀՐԱՄԱՆՆ ՈՒԺԸ ԿՈՐՑՐԱԾ ՃԱՆԱՉԵԼՈւ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին**» օրենքի 2-րդ հոդվածի** 1-ին մասի 34-րդ կետը և «Նորմատիվ իրավական ակտերի մասին» օրենքի 37-րդ հոդվածը`

**ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ՝**

1. Սահմանել՝

1) երեխայի շարունակական հսկողության ամբուլատոր քարտի ձևը` համաձայն Հավելված 1-ի.

2) մեծահասակի ամբուլատոր բժշկական քարտից քաղվածքի ձևը` համաձայն Հավելված 2-ի.

3) երեխայի բժշկական հսկողության ամբուլատոր քարտից քաղվածքի ձևը` համաձայն Հավելված 3-ի.

4) արտերկիր մեկնող մեծահասակի առողջական վիճակի վերաբերյալ բժշկական եզրակացության ձևը և արտերկիր մեկնող մեծահասակի առողջական վիճակի վերաբերյալ բժշկական եզրակացության կտրոնի ձևը` համաձայն Հավելված 4-ի.

5) 0-18 տարեկան երեխաների հաշվառման «մայր մատյանի» ձևը` համաձայն Հավելված 5-ի.

6) 0-18 տարեկան երեխաներին սպասարկող առողջության առաջնային պահպանման բժշկի տնային այցերի գրանցամատյանի ձևը` համաձայն Հավելված 6-ի.

7) Մեծահասակների տնային այցերի գրանցամատյանի ձևը` համաձայն Հավելված 7-ի.

8) բժշկական կազմակերպության կողմից մայրերին կամ երեխայի օրինական ներկայացուցչին տրամադրվող երեխայի առողջության անձնագրի հաշվառման գրանցամատյանի ձևը` համաձայն Հավելված 8-ի.

9) նորածինների հաշվառման մատյանի ձևը` համաձայն Հավելված 9-ի.

10) արտահիվանդանոցային պայմաններում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների նեղ մասնագետների գրառումների գրանցամատյանի ձևը` համաձայն Հավելված 10-ի.

11) Հայաստանի Հանրապետությունում ժամանակավոր կամ մշտական կացության կարգավիճակ ստանալու (կացության կարգավիճակը երկարաձգելու) համար դիմած անձի առողջական վիճակի մասին տեղեկանքի ձևը` համաձայն Հավելված 11-ի.

12) երեխա որդեգրել կամ նրան խնամակալության (հոգաբարձության) կամ դաստիարակության համար ընտանիք ընդունել ցանկացող անձի առողջական վիճակի վերաբերյալ բժշկական եզրակացության ձևը՝ համաձայն Հավելված 12-ի․

2. Սույն հրամանի 1-ին կետով սահմանված փաստաթղթերը վարվում և/կամ տրամադրվում են էլեկտրոնային կամ թղթային տարբերակով:

3. Ուժը կորցրած ճանաչել Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2013 թվականի հուլիսի 3-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում կիրառվող մի շարք բժշկական փաստաթղթերի ձևերը հաստատելու մասին» թիվ 35-Ն հրամանը:

4. Սույն հրամանն ուժի մեջ է մտնում պաշտոնական հրապարակման օրվան հաջորդող տասներորդ օրը:

Ա. ԱՎԱՆԵՍՅԱՆ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Հավելված 1**  **Առողջապահության նախարարի**  **2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**  ***Ձև***   |  | | --- | |  |       **ԵՐԵԽԱՅԻ ՇԱՐՈՒՆԱԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏ**     |  |  | | --- | --- | | Բժշկի ազգանունը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Հաշվառման վերցնելու ամսաթիվը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Հաշվառումից հանելու ամսաթիվը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Հաշվառումից հանելու պատճառը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Արտահիվանդանոցային պայմաններում բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացող պացիենտի բժշկական քարտի համարը N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Շարունակական հսկողության վերցնելու  պատճառը (հիվանդությունը) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ախտորոշումը հաստատված է առաջին  անգամ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ամսաթիվ)*  Հիվանդությունը հայտնաբերվել է (ընդգծել)  **բժշկին դիմելու ժամանակ.**  **կանխարգելիչ հետազոտության ժամանակ** |     1. Պացիենտի անուն, ազգանուն, հայրանուն\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    2. Սեռը  Արական   Իգական  3. Ծննդյան օր, ամիս տարեթիվ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Բնակության վայրը\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   5. Ուսումնական հաստատությունը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   6. Հաճախումների վերահսկում\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Նշանակված է ներկայանալ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Ներկայացել է |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Նշանակված է ներկայանալ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Ներկայացել է |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     Նշումներ ախտորոշման փոփոխության, առաջացած բարդությունների և հաշմանդամության սահմանման համար բժշկասոցիալական փորձաքննության ուղեգրման վերաբերյալ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Բուժական և կանխարգելիչ միջոցառումներ (հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների ուղեգրում, հոսպիտալացում, առողջարանային և/կամ վերականգնողական բուժման կազմակերպում)     |  |  | | --- | --- | | օր, ամիս, տարեթիվ | Միջոցառումները | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |     Բժշկի ստորագրություն\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Հավելված 2**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

***Ձև***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Բժշկական կազմակերպության անվանումը

**Ք Ա Ղ Վ Ա Ծ Ք**

**ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻՑ**

|  |
| --- |
| Տրման օրը, ամիսը և տարին  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Պացիենտ`\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(անուն, ազգանուն, ծննդյան տարեթիվ)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(բնակության վայրը, հեռախոսահամարը)*  Աշխատանքի վայրը  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Հիվանդության ախտորոշումը, բարդությունները  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Իրականացված լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների արդյունքները  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    Նշանակված բուժումը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Նշանակված ռեժիմը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Տրված խորհուրդները \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Բուժող բժիշկ ` \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*    Բժշկական կազմակերպության տնօրեն \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)* |

**Հավելված 3**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

|  |
| --- |
| *Ձև* |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Բժշկական կազմակերպության անվանումը

**Ք Ա Ղ Վ Ա Ծ Ք**

**ԵՐԵԽԱՅԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐ ՔԱՐՏԻՑ**

|  |
| --- |
| 1. Անուն, ազգանուն, հայրանուն\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   2. Ծննդյան օրը, ամիսը, տարին\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   3. Բնակության վայրը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   4. Ախտորոշում`  1) հիմնական \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2) ուղեկցող\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3) բարդություն \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   5. Հիվանդության կապակցությամբ դիմելու \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(օրը, ամիսը, տարին)*    6. Լավացում/ առողջացում\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(օրը, ամիսը, տարին)*    7. Վերջին 1 ամսում առկա շփումը վարակիչ հիվանդների հետ   □ԱՅՈ  □ ՈՉ    (դրական պատասխանի դեպքում նշել հիվանդությունը) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    8. Կարճ վերհուշ անամնեզ, կատարված հետազոտությունները, բուժումը  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:    9. «Ֆիզիկական կուլտուրա» առարկայի դասավանդման խումբը  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10. Խորհուրդներ և առաջարկներ, այդ թվում` դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող երեխաների համար` երեխային թույլատրվող ֆիզիկական ակտիվության տեսակի, ծանրաբեռնվածության աստիճանի և դպրոցում «ֆիզիկական կուլտուրա» առարկայի դասավանդման հատուկ պայմանների մասին` համաձայն երեխայի վարման անհատական պլանի:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Երեխայի նկատմամբ հսկողություն իրականացնող մանկաբույժ/ընտանեկան բժիշկ/  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Բժշկական կազմակերպության տնօրեն \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20  թ.** |

**Հավելված 4**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

*Ձև*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Բժշկական կազմակերպության անվանումը    Բժշկական ձև N082    **ԱՐՏԵՐԿԻՐ ՄԵԿՆՈՂ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**  **ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅԱՆ**  **ԿՏՐՈՆ**    Անուն,ազգանուն հայրանուն\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Տարիքը \_\_\_\_\_\_\_\_\_    Ախտորոշում և բժշկական եզրակացություն,  որ անձը չունի Հայաստանի Հանրապետությունից  մեկնելու հակացուցում  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Ժամանման վայր հանդիսացող երկրի անվանումը  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Հանրապետությունից բացակայելու/գործուղման ժամկետը  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Մեկնողի բնակության վայրը  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Բժշկական եզրակացության տրման ամսաթիվը  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 թ    Բժշկական կազմակերպության տնօրեն  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*    Թերապևտ /ընտանեկան բժիշկ    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Բժշկական կազմակերպության անվանումը      Բժշկական ձև N082    **ԱՐՏԵՐԿԻՐ ՄԵԿՆՈՂ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**  **ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ**    Տրվում է \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(անուն, ազգանուն, հայրանուն)*    Բժշկական զննումն իրականացնող կազմակերպությունը  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(բժշկական կազմակերպության անվանումը և հասցեն)*    Բժշկական զննման արդյունքները` համաձայն ժամանման վայր հանդիսացող երկրի պահանջների \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(նշել արտերկրի անվանումը)*    Բժշկական եզրակացություն \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Կարող է մեկնել արտերկիր\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ժամկետով  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 թ  Բժշկական կազմակերպության տնօրեն \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*    Թերապևտ/ընտանեկան բժիշկ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)* |

*(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*

**Հավելված 5**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

*Ձև*

**0-18 ՏԱՐԵԿԱՆ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ «ՄԱՅՐ ՄԱՏՅԱՆ»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Հ/Հ | ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՆՈՒՆ, ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ | ԾՆՆԴՅԱՆ ՕՐ, ԱՄԻՍ, ՏԱՐԻ | ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՎԱՅՐԸ | ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ՎԵՐՑՆԵԼՈՒ ՕՐ, ԱՄԻՍ, ՏԱՐԻ | ՀԱՇՎԱՌՈՒՄԻՑ ՀԱՆԵԼՈՒ ՕՐ, ԱՄԻՍ, ՏԱՐԻ | ԵՐԵԽԱՅԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐ ՔԱՐՏ | ՁԵՎ 063 | ԴԻՏՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**1. «Երեխայի բժշկական հսկողության ամբուլատոր քարտ» և «Ձև 063» սյունակներում նշվում է /տարին երկու անգամ/ հաշվառման ընթացքում երեխաների համար նշված ձևերի առկայության մասին:**

**2. «Դիտողություններ» սյունակում գրվում է` տեղափոխման դեպքում երեխան ու՞ր է տեղափոխվել կամ որտեղի՞ց է եկել` ընդգրկման դեպքում:**

**Հավելված 6**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

*Ձև*

**ԳՐԱՆՑԱՄԱՏՅԱՆ**

**0-18 ՏԱՐԵԿԱՆ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻՆ ՍՊԱՍԱՐԿՈՂ  ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԲԺՇԿԻ ՏՆԱՅԻՆ ԱՅՑԵՐԻ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NN | ԿԱՆՉԸ ԳՐԱՆՑԵԼՈՒ ՕՐ, ԱՄԻՍ, ՏԱՐԻ, ԺԱՄ | ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՆՈՒՆ, ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ | ԾՆՆԴՅԱՆ ՕՐ, ԱՄԻՍ,ՏԱՐԻ, ՏԱՐԻՔԸ | ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՎԱՅՐԸ, ՀԵՌԱԽՈՍԸ | ԿԱՆՉԸ ԳՐԱՆՑԵԼՈՒ ՊԱՏՃԱՌԸ | ՈՒՄ ԿՈՂՄԻՑ Է ՏՐՎԵԼ ԿԱՆՉԸ | ԱՅՑԻ ԲՆՈՒՅԹԸ, (ԱՌԱՋՆԱԿԻ, ԿՐԿՆԱԿԻ ԿԱՆՉ, ԱԿՏԻՎ ԱՅՑ, ՊԱՏՐՈՆԱԺ) | ԿԱՆՉԸ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՕՐ, ԱՄԻՍ, ՏԱՐԻ | ԿԱՆՉԸ ԿԱՏԱՐՈՂ ԲԺՇԿԻ ԱՆՈՒՆ, ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ | ԿԱՆՉԸ ԿԱՏԱՐՈՂ ԲԺՇԿԻ ՍՏՈՐԱ-ԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ | ԱԽՏՈ-ՐՈՇՈՒՄ | ՑՈՒՑԱԲԵՐՎԱԾ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ, ԱՅԴ ԹՎՈՒՄ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**1. Մինչև 1 տարեկան երեխաների կանչի ընդունման դեպքում նշվում է երեխայի ծննդյան օրը, ամիսը, տարին**

**Հավելված 7**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

*Ձև*

**ԳՐԱՆՑԱՄԱՏՅԱՆ**

**ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ՏՆԱՅԻՆ ԱՅՑԵՐԻ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Հ/հ** | **Կանչը գրանցելու օր, ամիս, տարի**  **ժամ** | **Պացիենտի անուն, ազգանուն, հայրանուն** | **Ծննդյան օր, ամիս, տարի** | **Բնակության վայր, հեռախոսա-համար** | **Կանչը գրանցելու պատճառը** | **Ում կողմից է տրվել կանչը (պացիենտի, հարազատների, շտապ օգնության կամ այլ` նշել)** | **Այցի բնույթը (առաջնակի, կրկնակի կանչ, ակտիվ այց)** | **Կանչը կատարելու օր, ամիս, տարի** | **Կանչը կատարող բժշկի անուն, ազգանուն** | **Կանչը կատարող բժշկի ստորա-գրություն** | **Ախտորոշում** | **Ցուցաբերված բժշկական օգնություն, այդ թվում ուղեգրում** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Հավելված 8**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

*Ձև*

**ԳՐԱՆՑԱՄԱՏՅԱՆ**

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ՄԱՅՐԵՐԻՆ ԿԱՄ ԵՐԵԽԱՅԻ ՕՐԻՆԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻՆ ՏՐԱՄԱԴՐՎՈՂ

ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՆՁՆԱԳՐԻ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Բժշկական կազմակերպություն անվանումը ........................................................................., Գտնվելու և գործունեության վայրերը ...................................................................................... .....................................................................................................................................................** | | | | | | | |
| N | **Անուն, հայրանուն, ազգանուն** | Տարիքը | Ծննդյան օր, ամիս, տարի | Բնակության վայր, հեռ. | Անձնագրի տրման օր, ամիս, տարի | Սատցողի Ա.Ա.Հ. | Ստացողի ստորագրություն |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Հավելված 9**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

*Ձև*

**ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ՄԱՏՅԱՆ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Հաշվառման համարը** | **Գրանցման օր, ամիս, տարի** | **Նորածնի Անուն, հայրանուն, ազգանուն** | **Ծննդյան օր, ամիս, տարի** | **Բնակության վայրը** | **Բժշկական կազմակերպության անվանումը, որտեղ ծնվել է երեխան** | **Ծննդատնից դուրս գրման օր, ամիս, տարի** | **Ընդգրկման օր, ամիս, տարի** | **Նորածնին հաշվառող բժշկի անուն, հայրանուն, ազգանուն** | **Նշումներ** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** | **10.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Հավելված 10**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

*Ձև*

**ԳՐԱՆՑԱՄԱՏՅԱՆ**

**ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂ** **ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՆԵՂ ՄԱՍՆԱԳԵՏՆԵՐԻ ԳՐԱՌՈՒՄՆԵՐԻ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Հ/հ** | **Օր, ամիս, տարի** | **Պացիենտի անուն, հայրանուն, ազգանուն** | **Ծննդյան**  **օր, ամիս, տարի** | **Բնակության վայրը** | **Ախտորոշում** | **Նշումներ** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Հավելված 11**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

*Ձև*

**ՏԵՂԵԿԱՆՔ**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ ԿԱՄ ՄՇՏԱԿԱՆ ԿԱՑՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ ՍՏԱՆԱԼՈՒ (ԿԱՑՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ ԵՐԿԱՐԱՁԳԵԼՈՒ) ՀԱՄԱՐ ԴԻՄԱԾ ԱՆՁԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՄԱՍԻՆ**

Բժշկական զննություն իրականացնող կազմակերպությունը\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(բժշկական կազմակերպության անվանումը և հասցեն)*

Տրվում է \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Հայաստանի Հանրապետությունում ժամանակավոր կամ մշտական կացության կարգավիճակ ստանալու (կացության կարգավիճակը երկարաձգելու**համար դիմած անձի անուն, ազգանուն, հայրանուն)*

Ծննդյան տարեթիվ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Անձը հաստատող փաստաթղթի տեսակը և համարը\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Որ երկրից է ժամանել \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ժամանողի բնակության վայրը\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Բժշկական զննության արդյունքները` \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ախտորոշում և բժշկական եզրակացություն\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Թերապևտ/ընտանեկան բժիշկ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*

Բժշկական կազմակերպության տնօրեն \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*

Տեղեկանքի տրման ամսաթիվը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 թ

**Հավելված 12**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի ---------------ի ---- թիվ ---- Ն հրամանի**

Ձև

**ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅԱՆ**

**ԵՐԵԽԱ ՈՐԴԵԳՐԵԼ ԿԱՄ ՆՐԱՆ ԽՆԱՄԱԿԱԼՈՒԹՅԱՆ** **(ՀՈԳԱԲԱՐՁՈՒԹՅԱՆ) ԿԱՄ ԴԱՍՏԻԱՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ԸՆՏԱՆԻՔ ԸՆԴՈՒՆԵԼ ՑԱՆԿԱՑՈՂ ԱՆՁԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

1. Տրված \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(բժշկական կազմակերպության անվանումը)*

2. Տրվում է \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(երեխա որդեգրել կամ նրան խնամակալության (հոգաբարձության) կամ դաստիարակության համար ընտանիք ընդունել ցանկացող անձի անուն, ազգանուն, ծննդյան տարեթիվ)*

3. Սեռը՝□ Արական  /□ Իգական

4. Բնակության վայրը, հեռախոսահամարը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Անձը հաստատող փաստաթղթի տեսակը և համարը\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Եզրակացություն . Անձի մոտ առկա է (են) (բացակայում է (են)) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2005 թվականի մայիսի 5-ի N 517-Ն որոշմամբ հաստատված ցանկում ներառված հիվանդություն(ներ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(առկայության դեպքում՝ նշել)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ընտանեկան բժիշկ/ թերապևտ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*

Բժշկական կազմակերպության տնօրեն \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*

Բժշկական եզրակացության տրման ամսաթիվը \_\_\_\_\_\_\_\_\_