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 վերցնելուպատճառը (հիվանդությունը) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ախտորոշումը հաստատված է առաջինանգամ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(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 Հանրապետությունիցմեկնելու 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 թԲժշկական 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_