

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა  
და სოციალური დაცვის მინისტრის  
ბრძანება N 140/ნ  
2006 წლის 25 მაისი ქ თბილისი

სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ფარმაცევტული პროდუქტის და ლეგალური ბრუნვის რეჟიმის თვალსაზრისით მასთან გათანაბრებული სამკურნალო საშუალებების (პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის) ლეგალური ბრუნვის სფეროში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოსათვის სავალდებულო ინფორმაციის მიწოდების სისტემის შექმნის შესახებ

(სათაური 8.07.2014 N01-48/ნ ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-12 მუხლის პირველი პუნქტისა და „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 112 მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, ვბრძანებ: (8.07.2014 N01-48/ნ ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

1. ყველა პირი, რომელიც საქართველოს ტერიტორიაზე ახორციელებს პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის ლეგალურ ბრუნვასთან დაკავშირებულ საქმიანობას, ამ ბრძანებით დამტკიცებული წესით, ფორმებით და ვადებში, აწვდის ინფორმაციას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებულ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს (შემდგომში სააგენტო). (8.07.2014 N01-48/ნ ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

2. დამტკიცდეს ინფორმაციის მიწოდების ფორმა: (8.07.2014 N01-48/ნ ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

ა) №№1,2 რეცეპტის სპეციალური ბლანკების შესახებ (დანართი №1);

ბ) სათანადო ნებართვის მქონე პირის მიერ იმპორტირებული, ექსპორტირებული ან/და ქვეყნის შიგნით შექმნილი (მიღებული) პირველ ჯგუფს

მიკუთვნიებული ფარმაცევტული პროდუქტის (მათ შორის სუბსტანციების) შესახებ (დანართი №2);

გ) პირველ ჯგუფს მიკუთვნიებული ფარმაცევტული პროდუქტის (მათ შორის სუბსტანციების) რეალიზაციის (გაცემის) შესახებ (დანართი №3);

დ) ფარმაცევტული საწარმოს მიერ პირველ ჯგუფს მიკუთვნიებული ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოების შესახებ (დანართი №4);

ე) სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი ინკურაბელური და სომატური ავადმყოფების რიცხვის, მათთვის გამოწერილი და გაცემული ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ (დანართი №5);

ვ) ნარკომანიის დროს ჩანაცვლებითი მკურნალობის განმახორციელებელ სამედიცინო დაწესებულებაში (სამარაგოსა და საპროცედუროში) ჩამანაცვლებელი სამკურნალო საშუალების ბრუნვის შესახებ (დანართი №6).

3. ამოღებულია (8.07.2014 N01-48/5 ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

4. ამოღებულია (8.07.2014 N01-48/5 ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

5. სამედიცინო, ფარმაცევტულ, სასწავლო, სამეცნიერო-კვლევით, საექსპერტო-დიაგნოსტიკურ და საკონტროლო-ანალიზურ დაწესებულებათა ხელმძღვანელებმა პირველ ჯგუფს მიკუთვნიებული ფარმაცევტული პროდუქტის, აგრეთვე, ფორმა NN1,2 რეცეპტის სპეციალური ბლანკების დაკარგვის, დატაცების ან სხვა მართლსაწინააღმდეგო მისაკუთრების შემთხვევაში, დაუყოვნებლივ მოაწოდონ ინფორმაცია ადგილობრივი პოლიციის განყოფილებებსა და სააგენტოს. (8.07.2014 N01-48/5 ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

6. ძალადაკარგულად გამოცხადდეს “ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების და პრეკურსორების ლეგალური ბრუნვის სფეროში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის კონტროლის ბიუროსათვის სავალდებულო ინფორმაციის მიწოდების სისტემის შექმნის შესახებ” საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2004 წლის 22 დეკემბრის N353/6 ბრძანება (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N152, 27.12.2004, მუხლი 1390).

7. ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-15 დღეს.

**ლადო ჭიპაშვილი**

დანართი N1 (8.07.2014 N01-48/5 ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

**ინფორმაციის მიწოდების ფორმა**

**№№1,2 რეცეპტის სპეციალური ბლანკების შესახებ**

ინფორმაციის მომწოდებელი იურიდიული პირის დასახელება, საქმიანობაზე ნებართვის №-----, მისამართი, ტელეფონი \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

საანგარიშო წელი და თვე \_\_\_\_\_

№	რეცეპტის გამოწერაზე უფლებამოსილი პირის დასახელება, ვისზეც გაიცა რეცეპტის ბლანკი	ლიცენზიის ან/და ნებართვის, ან/და საექიმო საქმიანობაზე სერტიფიკატის №	გაცემული რეცეპტის ფორმის №	გაცემული რეცეპტის რაოდენობა	გაცემის თარიღი და გაცემის დამადასტურებელი დოკუმენტის №
1	2	3	4	5	6

**შენიშვნა:**

ფორმა ივსება:

ა) მხოლოდ იმ დაწესებულების მიერ, სადაც ინახება რეცეპტის სპეციალური ბლანკების ქვეყნისათვის საჭირო მარაგი;

ბ) რეცეპტის ბლანკების (ფორმა №№1,2) თითოეულ ფორმაზე ცალ-ცალკე;

გ) ყოველთვიურად და ყოველი მომდევნო თვის 10 რიცხვამდე ეგზავნება სააგენტოს. სააგენტოს ასევე ეგზავნება ამ ინფორმაციის ელექტრონული ვერსიაც Exel-ის ფორმატში, შრიფტი-sylfaen.

პასუხისმგებელი პირის თანამდებობა და ხელმოწერა \_\_\_\_\_  
თარიღი \_\_\_\_\_

ბ.ა.

დანართი №2 (8.07.2014 N01-48/ნ ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

**ინფორმაციის მიწოდების ფორმა**

**სათანადო ნებართვის მქონე პირის მიერ იმპორტირებული, ექსპორტირებული ან/და ქვეყნის შიგნით შეძენილი (მიღებული) პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (მათ შორის სუბსტანციების) შესახებ**

ინფორმაციის მომწოდებელ პირის დასახელება, საქმიანობაზე ნებართვის №, ფაქტობრივი მისამართი, ტელეფონი \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

საანგარიშო წელი და თვე \_\_\_\_\_

№	პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის(მათ შორის სუბსტანციის) დასახელება, დოზა, კონცენტრაცია ,	სერია	ზომის ერთეული	იმპორტირებული ან/და ექსპორტირებული, ან/და ქვეყნის შიგნით შეძენილი ფარმაცევტული პროდუქტის რაოდენობა

	შეფუთვაში რაოდენობა			
1	2	3	4	5

იმპორტ-ექსპორტის შემთხვევაში ექსპორტიორი ან/და იმპორტიორი ქვეყნისა და და ორგანიზაციის დასახელება	წინასწარი საიმპორტო შეთანხმების № და ფაქტობრივი იმპორტის ან/და ექსპორტის განხორციელების თარიღი	ორგანიზაციის ნებართვის ან ლიცენზიის №, ვისგანაც განხორციელდა ფარმაცევტული პროდუქტის შექმნა ქვეყნის შიგნით	ქვეყნის შიგნით ფარმაცევტული პროდუქტის შექმნის შემთხვევაში სასაქონლო ზედნადების № და შექმნის თარიღი	შენიშვნა
6	7	8	9	10

**შენიშვნა:**

- ა) ფორმა ივსება ყოველთვიურად და ყოველი მომდევნო თვის 10 რიცხვამდე ეგზავნება სააგენტოს. სააგენტოს ასევე ეგზავნება ამ ინფორმაციის ელექტრონული ვერსიაც Exel-ის ფორმატში, შრიფტი-sylfaen;
- ბ) რაოდენობრივი მონაცემები სუბსტანციის შესახებ ივსება გრამებში;
- გ) მე-6 და მე-7 ვერტიკალური სვეტი ივსება მხოლოდ ფარმაცევტული პროდუქტის იმპორტის(ექსპორტის) შემთხვევაში.

პასუხისმგებელი პირის თანამდებობა და ხელმოწერა \_\_\_\_\_

თარიღი \_\_\_\_\_

ბ.ა.

დანართი №3 (8.07.2014 N01-48/ნ ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

**ინფორმაციის მიწოდების ფორმა**

**პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (მათ შორის სუბსტანციების) რეალიზაციის(გაცემის) შესახებ**

ინფორმაციის მომწოდებელი პირის დასახელება, საქმიანობაზე ნებართვის №, მისამართი, ტელეფონი \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

საანგარიშო წელი და თვე \_\_\_\_\_

№	პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (მათ შორის სუბსტანციის) დასახელება, დოზა, კონცენტრაცია, შეფუთვაში	სერია	ზომის ერთეული	ნაშთი საანგარიშო თვის პირველი რიცხვისათვის
---	--	-------	---------------	--

	რაოდენობა			
1	2	3	4	5

თვის განმავლობაში მიღებული რაოდენობა	ორგანიზაციის დასახელება, ვისზეც გაიცა მედიკამენტი	ორგანიზაციის ნებართვის ან ლიცენზიის №	სასაქონლო ზედდებულის № და გაცემის თარიღი
6	7	8	9

გაცემული რაოდენობა	ნაშთი მომდევნო თვის პირველი რიცხვისათვის	შენიშვნა
10	11	12

**შენიშვნა:**

ა) ფორმა ივსება ყოველთვიურად და ყოველი მომდევნო თვის 10 რიცხვამდე ეგზავნება სააგენტოს. სააგენტოს ასევე ეგზავნება ამ ინფორმაციის ელექტრონული ვერსიაც Exel-ის ფორმატში, შრიფტი-sylfaen;

ბ) რაოდენობრივი მონაცემები სუბსტანციის შესახებ ივსება გრამებში.

პასუხისმგებელი პირის თანამდებობა: \_\_\_\_\_

ხელმოწერა: \_\_\_\_\_

თარიღი: \_\_\_\_\_

ბ.ა.

დანართი №4 (8.07.2014 N01-48/ნ ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

**ინფორმაციის მიწოდების ფორმა**

**ფარმაცევტული საწარმოს მიერ პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოების შესახებ**

ინფორმაციის მომწოდებელი იურიდიული პირის დასახელება, საქმიანობაზე ნებართვის №, მისამართი, ტელეფონი \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

საანგარიშო წელი და თვე \_\_\_\_\_

ინფორმაცია სუბსტანციაზე						
№	დასახელება	სერია	ნაშთი საანგარიშო	თვის განმავლობაში	თვის განმავლობაში ფარმაცევტული	წარმოების შემდეგ მომდევნო თვის

			თვის პირველი რიცხვისათვის	მიღებული რაოდენობა	პროდუქტის წარმოებაზე დახარჯული რაოდენობა	პირველი რიცხვისათვის სუბსტანციის ნაშთი
1	2	3	4	5	6	7

ინფორმაცია წარმოებულ პრეპარატებზე				
წარმოებული ფარმაცევტული პროდუქტის დასახელება, დოზა, კონცენტრაცია, შეფუთვაში რაოდენობა	ზომის ერთეული	სერია	წარმოებული რაოდენობა	შენიშვნა
8	9	10	11	12

**შენიშვნა:**

ა) ფორმა ივსება ყოველთვიურად და ყოველი მომდევნო თვის 10 რიცხვამდე ეგზავნება სააგენტოს. სააგენტოს ასევე ეგზავნება ამ ინფორმაციის ელექტრონული ვერსიაც Excel-ის ფორმატში, შრიფტი-sylfaen;

ბ) რაოდენობრივი მონაცემები სუბსტანციის შესახებ ივსება გრამებში;

გ) წარმოებულ პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზაციის(გაცემის) შესახებ ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს სააგენტოს წინამდებარე ბრძანებით დამტკიცებული დანართი N3-ის შესაბამისად.

პასუხისმგებელი პირის თანამდებობა და ხელმოწერა: \_\_\_\_\_

თარიღი: \_\_\_\_\_

ბ.ა.

დანართი №5 (8.07.2014 N01-48/ნ ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-10 დღეს)

**ინფორმაციის მიწოდების ფორმა**

**სიპტომურ მკურნალობაზე მყოფი ინკურაბელური და სომატური ავადმყოფების რიცხვის, მათთვის გამოწერილი და გაცემული ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ**

ინფორმაციის მომწოდებელი პირის დასახელება, საქმიანობაზე ნებართვის №, მისამართი, ტელეფონი \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

საანგარიშო პერიოდი \_\_\_\_\_ წლის \_\_\_\_\_ კვარტალი

საანგარიშო კვარტალი	კვარტლის დასაწყისისათვის აღრიცხვაზე მყოფი ავადმყოფების რიცხვი		კვარტლის განმავლობაში აღრიცხვაზე აყვანილი ავადმყოფების რიცხვი		კვარტლის განმავლობაში გარდაცვლილი ავადმყოფების რიცხვი		მკურნალობიდან მოხსნილი ან /და გადასული ავადმყოფების რიცხვი		მომავალი კვარტლის 1-ლი რიცხვისათვის აღრიცხვაზე მყოფი ავადმყოფების რიცხვი	
	ინკურაბელი	სომატური	ინკურაბელი	სომატური	ინკურაბელი	სომატური	ინკურაბელი	სომატური	ინკურაბელი	სომატური
1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	13

აფთიაქიდან გაცემული ნარკოტიკული საშუალების დასახელება ფორმა/დოზა/კონცენტრაცია					ავადმყოფის მკურნალობის შეწყვეტის ან გარდაცვალების შემდეგ დარჩენილი განადგურებული ნარკოტიკული საშუალების დასახელება					
გაცემული ნარკოტიკული საშუალების რაოდენობა კვარტალის მიხედვით					ავადმყოფის მკურნალობის შეწყვეტის ან გარდაცვალების შემდეგ დარჩენილი განადგურებული ნარკოტიკული საშუალების რაოდენობა კვარტალის მიხედვით					
14					15					

**შენიშვნა:**

ფორმას ავსებს ინკურაბელური ავადმყოფებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების გაცემაზე უფლებამოსილი ავტორიზებული და მასთან გათანაბრებული (I და II ჯგუფის აფთიაქი) აფთიაქი და ყოველი კვარტალის დამთავრებიდან 10 კალენდარული დღის განმავლობაში უგზავნის სააგენტოს; სააგენტოს ასევე ეგზავნება ამ ინფორმაციის ელექტრონული ვერსიაც Exel-ის ფორმატში, შრიფტი-sylfaen.

პასუხისმგებელი პირის თანამდებობა და ხელმოწერა: \_\_\_\_\_

თარიღი: \_\_\_\_\_

ბ.ა.

**ინფორმაციის მიწოდების ფორმა**

**ნარკომანიის დროს ჩანაცვლებითი მკურნალობის განმახორციელებელ სამედიცინო დაწესებულებაში (სამარაგოსა და საპროცედუროში) ჩამანაცვლებელი სამკურნალო საშუალების ბრუნვის შესახებ**

ინფორმაციის მომწოდებელი პირის დასახელება, საქმიანობაზე ნებართვის №, მისამართი, ტელეფონი \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

საანგარიშო წელი და თვე \_\_\_\_\_

№	ჩამანაცვლებელი სამკურნალო საშუალების დასახელება, ფორმა და დოზა	საზომი ერთეული	ნაშთი საანგარიშო თვის პირველი რიცხვისა თვის	თვის განმავლობაში მიღებული რაოდენობა	ვისგან იყო შეძენილი	შემენის თარიღი და შემენის დამადასტურებელი დოკუმენტის №	თვის განმავლობაში მოხმარებული რაოდენობა	ნაშთი მომდევნო თვის პირველი რიცხვისა თვის	თვის განმავლობაში პაციენტების რიცხვი	შენიშვნა
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**შენიშვნა:**

ა) ფორმის შევსებისას ჯამდება სამარაგოსა და საპროცედუროში არსებული ჩამანაცვლებელი სამკურნალო საშუალებების რაოდენობები;

ბ) ჩამანაცვლებელი სამკურნალო საშუალებების კონცენტრირებული სახით არსებობის შემთხვევაში ინფორმაცია უნდა ეხებოდეს მხოლოდ კონცენტრირებული ხსნარს და არა განზავებულს;

გ) ფორმა ივსება ყოველთვიურად და ყოველი მომდევნო თვის 10 რიცხვამდე ეგზავნება სააგენტოს. სააგენტოს ასევე ეგზავნება ამ ინფორმაციის ელექტრონული ვერსიაც Exel-ის ფორმატში, შრიფტი-sylfaen;

დ) მე-11 გრაფაში უნდა მიეთითოს ინფორმაცია საანგარიშო თვის განმავლობაში ჩანაცვლებით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტის სხვა სტაციონარში მკურნალობის ყოველი შემთხვევის შესახებ. ინფორმაციაში უნდა მიეთითოს ამ სტაციონარების დასახელება, იურიდიული მისამართი და პაციენტისათვის მიტანილი ნარკოტიკული საშუალების დასახელება და რაოდენობა;

ე) ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების ავტორიზებული აფთიაქები ინფორმაციას არსებული ჩამანაცვლებელი სამკურნალო საშუალებების ბრუნვის შესახებ წარმოადგენენ ამ ბრძანებით დამტკიცებული დანართი №2 და №3-ის შესაბამისად.



პასუხისმგებელი პირის თანამდებობა: \_\_\_\_\_

ხელმოწერა: \_\_\_\_\_

თარიღი: \_\_\_\_\_

ბ.ა.

დანართი 7

**ინფორმაციის მიწოდების ფორმა**  
**ფარმაცევტული საწარმოს მიერ ექსპორტირებული ან/და ქვეყნის შიგნით**  
**რეალიზებული, სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებებისა და**  
**ფსიქოაქტიური სამკურნალო საშუალებების შესახებ**

საწარმოს დასახელება \_\_\_\_\_

იურიდიული მისამართი \_\_\_\_\_

ნებართვის ან ლიცენზიის N \_\_\_\_\_

საანგარიშო წელი და თვე \_\_\_\_\_

N	სამკურნალო საშუალების (მათ შორის სუბსტანციის) დასახელება	სერია	წამლის ფორმა და ზომის ერთეული	ნაშთი საანგარიშო თვის 1-ლი რიცხვისათვის
1	2	3	4	5

თვის განმავლობაში შემოსული სუბსტანციის ან წარმოებული პრეპარატების რაოდენობა	ორგანიზაციის დასახელება, ვისზეც გაიცა სამკურნალო საშუალება	ორგანიზაციის ნებართვის ლიცენზიის ან N	გაცემული რაოდენობა	გაცემის თარიღი
6	7	8	9	10



იანვარი								
თებერი								
ვალის								
მარტი								
..... ა.შ.								

გამოწერილი ნარკოტიკული საშუალების რაობა და რაოდენობა							
მორფის ჰ/ქ 1%	მორფის ჰ/ქ 0,5 %	MST კონტინიუსი 10 მგ.	MST კონტინიუსი 30 მგ.	MST კონტინიუსი 60 მგ.	დოლტარდი 10, 30, 60 მგ	ომნოპონი 2 % 1.0	სხვა ნარკოტი- კული საშუ- ალებები
1,0	2,0						
10							

პასუხისმგებელი პირის თანამდებობა და ხელმოწერა \_\_\_\_\_

თარიღი \_\_\_\_\_

ბ.ა.

**შენიშვნა:**

ა) ფორმას ავსებს ონკოინკურაბელური ავადმყოფებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების გამოწერაზე უფლებამოსილი იურიდიული პირი და ყოველი კვარტლის დამთავრებიდან 10 კალენდარული დღის განმავლობაში უგზავნის სააგენტოს; (18.01.2008 N29/5)

ბ) მე-10 ვერტიკალურ სვეტში მიეთითება მხოლოდ ფაქტობრივად გამოწერილი ნარკოტიკული საშუალებები;

გ) იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი დროებით ან მუდმივად იცვლის საცხოვრებელ ადგილს, სააგენტოს დამატებით წარედგინება წერილობითი ინფორმაცია, რომელშიც მოცემული იქნება ავადმყოფის სახელი, გვარი, დროებითი ან ახალი საცხოვრებლის მისამართი; (18.01.2008 N29/5)

**დანართი 9**

**ინფორმაციის მიწოდების ფორმა**

**ნარკომანიის დროს ჩანაცვლებითი მკურნალობის განმახორციელებელ სამედიცინო დაწესებულებებში ნარკოტიკული საშუალების ხარჯვის შესახებ**

დაწესებულების დასახელება \_\_\_\_\_

იურიდიული მისამართი \_\_\_\_\_ ტელეფონი \_\_\_\_\_ ფაქსი \_\_\_\_\_

საანგარიშო წელი და თვე \_\_\_\_\_

ნარკოტი კული	ნაშთი საანგარიშო	თვის მანძილზე	ვისგან იქნა შეძენილი და	თვის განმავლო
-----------------	---------------------	------------------	----------------------------	------------------

საშუალების დასახელება	თვის 1-ლი რიცხვისათვის	მიღებული რაოდენობა	როდის	ბაში ავადმყოფებზე გაცემული ნარკოტიკული საშუალების რაოდენობა
1	2	3	4	5

ნაშთი მომდევნო თვის 1-ლი რიცხვისათვის	პაციენტების რაოდენობა	მაქსიმალურ დოზაზე მყოფი პაციენტების რიცხვი	თვის განმავლობაში ჩანაცვლებით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტის სხვა სტაციონარში ან/და ბინაზე მკურნალობის შემთხვევათა რაოდენობა	შენიშვნა
6	7	8	9	10

პასუხისმგებელი პირის თანამდებობა \_\_\_\_\_

ხელმოწერა \_\_\_\_\_

თარიღი \_\_\_\_\_

ბ.ა.

**შენიშვნა:**

ა) ფორმა ივსება ყოველთვიურად და ეგზავნება სააგენტოს არა უგვიანეს ყოველი მომდევნო თვის 10 რიცხვამდე; (18.01.2008 N29/6)

ბ) სააგენტოს დამატებით ეგზავნება წერილობითი ინფორმაცია საანგარიშო თვის განმავლობაში ჩანაცვლებით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტის სხვა სტაციონარში ან/და ბინაზე მკურნალობის ყოველი შემთხვევის შესახებ. ინფორმაციაში უნდა მიეთითოს ამ სტაციონარების დასახელება და იურიდიული მისამართი. (18.01.2008 N29/6)