

ბრძანება №01-37/ნ– №173

2016 წლის 24 აგვისტო

ქ. თბილისი

დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის ფორმების, მათი შევსებისა და გაგზავნის, სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მონაცემთა ელექტრონული ბაზიდან დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ ინფორმაციის გაცემის წესის დამტკიცების შესახებ

„სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 24-ე და 73-ე მუხლებისა და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 61-ე მუხლის საფუძველზე, **ვბრძანებთ:**

1. დამტკიცდეს თანდართული:

ა) დაბადების შესახებ სრული სამედიცინო ცნობის ფორმა №IV-103/ს-84 (დანართი №1);

ბ) დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობის ფორმა №103/ს-84 (დანართი №1.1);

გ) გარდაცვალების შესახებ სრული სამედიცინო ცნობის ფორმა №IV-106/ს-4 (დანართი №2);

დ) გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის ფორმა №106/ს-4 (დანართი №2.1);

ე) დაბადების და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის შევსების, გაგზავნისა და შენახვის წესი (დანართი №3);

ვ) საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მონაცემთა ელექტრონული ბაზიდან დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ ცენტრისათვის გადასაცემი ინფორმაციის მოცულობა და გაცემის წესი (დანართი №4).

2. 2011 წლის 1 აპრილამდე გაცემული დაბადების და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობების ასლების გაცემა განხორციელდეს სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული ეგზემპლარის ასლის სახით, ხოლო ცნობის გაუცემლობის ან ასლის გაცემის შეუძლებლობის შემთხვევაში, ამონაწერით სამედიცინო დოკუმენტაციიდან. დაბადების თაობაზე ამონაწერი უნდა შეიცავდეს ამ ბრძანებით დამტკიცებული დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობით (დანართი №1.1) გათვალისწინებულ ინფორმაციას, ქორწინების მოწმობის რეკვიზიტების და ბავშვის მამის თაობაზე ინფორმაციის გარდა, ხოლო ამონაწერი გარდაცვალების თაობაზე – ამ ბრძანებით დამტკიცებული გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობით (დანართი №2.1) გათვალისწინებულ ინფორმაციას. ამონაწერი დაბადებისა და გარდაცვალების თაობაზე გაიცემა უფლებამოსილი პირის მიერ ხელმოწერილი და დაწესებულების ბეჭდით (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) დამოწმებული სახით.

3. დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ ელექტრონული სამედიცინო ცნობების წარმოების პროცესის უწყვეტობის შენარჩუნების მიზნით, იურიდიულ ძალას ინარჩუნებს „დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობების რეკვიზიტების, ფორმების, მათი შევსებისა და გაგზავნის წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის და საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2012 წლის 31 იანვარის ერთობლივი №01-5/ნ-№19 ბრძანება (შემდგომში - ერთობლივი ბრძანება), ერთობლივი ბრძანების შესაბამისად რეგისტრირებული სამედიცინო დაწესებულებების ცნობის შემსვები პირების მიმართ, მათი ელექტრონული სისტემის მომხმარებლად წინამდებარე ბრძანების შესაბამისად დარეგისტრირებამდე, მაგრამ არაუგვიანეს 2017 წლის 20 იანვრისა.

4. საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს (შემდგომ ტექსტსა და დანართებში – სააგენტო) დაევალოს ერთობლივი ბრძანებით გათვალისწინებული უფლებამოსილების განხორციელების ფარგლებში შექმნილი და მასთან დაცული ელექტრონულ მონაცემთა ბაზის ასლის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომ ტექსტსა და დანართებში – სამინისტრო) სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისათვის (შემდგომ ტექსტსა და დანართებში – ცენტრი) ერთჯერადად გადაცემა ცენტრის წერილობითი მოთხოვნიდან არაუგვიანეს 5 სამუშაო დღისა, მას შემდეგ, რაც შეწყდება აღნიშნულ მონაცემთა ბაზაში მომხმარებლებისა და ცნობების რეგისტრაცია.

5. ამ ბრძანებით დამტკიცებული №4 დანართით გათვალისწინებული ინფორმაციის ცენტრისათვის გადაცემის ვალდებულება ეკისრება სააგენტოს.

6. სააგენტოს და ცენტრს დაევალოთ ამ ბრძანების მე-4 და მე-5 პუნქტებით განსაზღვრული მონაცემების გაცვლა საცდელ რეჟიმში, 2016 წლის 20 ოქტომბრამდე.

7. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა 2016 წლის 20 ოქტომბრამდე უზრუნველყოს „ელექტრონული სისტემის მომხმარებლად დარეგისტრირების წესის“ შესახებ ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის გამოცემა.

8. ბრძანება, გარდა მე-6 და მე-7 პუნქტებისა, ამოქმედდეს 2016 წლის 20 ოქტომბრიდან, ბრძანების მე-6 და მე-7 პუნქტები ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

მინისტრის მოვალეობის
შემსრულებელი
საქართველოს იუსტიციის
მინისტრის მოვალეობის
შემსრულებელი

ვალერი
კვარაცხელია
ალექსანდრე
ბარამიძე

N:	დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობა (სრული ცნობა)	ფორმა № IV-103/ს-84
შევსების თარიღი: ----- გაგზავნილია მატერიალური ფორმით <input type="checkbox"/> ნომერი ----- თარიღი ----- შეცვლილი <input type="checkbox"/> თარიღი -----		
I. დაწესებულება (დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ფიზიკური პირი):		
ბავშვის: დედა <input type="checkbox"/> სუროგატი დედა <input type="checkbox"/>		
II. ინფორმაცია დედის / სუროგატი დედის შესახებ:		
პირადი ნომერი ----- პირადი ნომრის გარეშე <input type="checkbox"/> სახელი: გვარი:	განათლება: მოქალაქეობა: დაბადების თარიღი: _____	
დაბადების ადგილი:	სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება:	
რეგისტრაციის ადგილი:		
სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება: ქუჩა / გამზირი / ჩიხი:	კვარტალი: კორპუსი: მიკრორაიონი: სახლი: ბინა:	
ფაქტობრივი მისამართი:		
სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება: ქუჩა / გამზირი / ჩიხი:	კვარტალი: კორპუსი: მიკრორაიონი: სახლი: ბინა:	
ოჯახური მდგომარეობა:		
1. ქორწინებაში მყოფი <input type="checkbox"/> 2. ქორწინებაში არმყოფი <input type="checkbox"/> 3. განქორწინებული <input type="checkbox"/> 4. ქვრივი <input type="checkbox"/>	ქორწინების მოწმობის N _____ ჩანაწერის N _____ რეგისტრაციის თარიღი _____ რეგისტრაციის ადგილი _____	
პირადი ნომრის არარსებობის შემთხვევაში პირადი მონაცემების შევსების საფუძველი:		
III. ინფორმაცია მიმდინარე ორსულობის შესახებ		
დედის / სუროგატი დედის სამედიცინო ისტორიის N:		
1. ცოცხლადშობადობა <input type="checkbox"/> 2. მკვდრადშობადობა <input type="checkbox"/>	მშობიარობის ტიპი _____ ერთნაყოფიანი <input type="checkbox"/> მრავალნაყოფიანი <input type="checkbox"/> ნაყოფების რაოდენობა _____ ნაყოფის რიგითობა _____ რიგით მერამდენე ბავშვია _____	
IV. ინფორმაცია ბავშვის შესახებ:		

გვარის მიკუთვნება: 1. მამის <input type="checkbox"/> 2. დედის <input type="checkbox"/> 3. გაერთიანებული: მამის და დედის <input type="checkbox"/> დედის და მამის <input type="checkbox"/> ბავშვის გვარი _____ ბავშვის სახელი _____	დაბადების დრო/თარიღი) სქესი: მამრობითი <input type="checkbox"/> მდედრობითი <input type="checkbox"/>
დაბადების ადგილი:	სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება:
ბავშვის რეგისტრაციის მისამართი:	მამის <input type="checkbox"/> დედის <input type="checkbox"/>
სად დაიბადა:	სამედიცინო დაწესებულება <input type="checkbox"/> ბინა <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ) _____
V. ინფორმაცია მამის შესახებ:	
პირადი ნომერი <input type="checkbox"/> პირადი ნომრის გარეშე <input type="checkbox"/> სახელი: გვარი:	განათლება: მოქალაქეობა: დაბადების თარიღი: _____
დაბადების ადგილი:	სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება:
რეგისტრაციის ადგილი:	
სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება: ქუჩა / გამზირი / ჩიხი:	კვარტალი: კორპუსი: მიკრორაიონი: სახლი: ბინა:
ფაქტობრივი მისამართი:	
სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება: ქუჩა / გამზირი / ჩიხი:	კვარტალი: კორპუსი: მიკრორაიონი: სახლი: ბინა:
პირადი ნომრის არარსებობის შემთხვევაში პირადი მონაცემების შევსების საფუძველი: _____	
VII. სხვა დამატებითი ინფორმაცია:	
დედის/მამის/წარმომადგენელი პირის საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი	
შეტყობინების ენა: ქართული <input type="checkbox"/> აზერბაიჯანული <input type="checkbox"/> სომხური <input type="checkbox"/>	
ცნობას ხელმოწერით ადასტურებს:	
1. მამა _____ 2. დედა _____ 3. დედის წარმომადგენელი <input type="checkbox"/> (პირადი ნომერი) 4. მამის წარმომადგენელი <input type="checkbox"/> (პირადი ნომერი)	

ცნობა შეავსო: პირადი ნომერი _____ სახელი გვარი საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი	ხელმოწერა	ბეჭდის ადგილი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)
--	-----------	---

დანართი №1.1

N:	დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობა	ფორმა №103/ს-84
შევსების თარიღი: ----- გაგზავნილია მატერიალური ფორმით <input type="checkbox"/> ნომერი ----- თარიღი ----- შეცვლილი <input type="checkbox"/> თარიღი -----		
დაწესებულება (დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ფიზიკური პირი):		
ბავშვის: დედა <input type="checkbox"/> სუროგატი დედა <input type="checkbox"/>		
ინფორმაცია დედის / სუროგატი დედის შესახებ:		
პირადი ნომერი ----- პირადი ნომრის გარეშე <input type="checkbox"/> სახელი: გვარი:	მოქალაქეობა: დაბადების თარიღი: _____	
დაბადების ადგილი:	სახელმწიფო:	
მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი-ქალაქი/თვითმმართველი თემი:		
რეგისტრაციის ადგილი:		
ოჯახური მდგომარეობა:		
1. ქორწინებაში მყოფი <input type="checkbox"/> 2. ქორწინებაში არმყოფი <input type="checkbox"/> 3. განქორწინებული <input type="checkbox"/> 4. ქვრივი <input type="checkbox"/>	ქორწინების მოწმობის N _____ ჩანაწერის N _____ რეგისტრაციის თარიღი _____ რეგისტრაციის ადგილი _____	
პირადი ნომრის არარსებობის შემთხვევაში პირადი მონაცემების შევსების საფუძველი:		

1. ცოცხლადშობადობა <input type="checkbox"/> 2. მკვდრადშობადობა <input type="checkbox"/>	ერთნაყოფიანი <input type="checkbox"/> მრავალნაყოფიანი <input type="checkbox"/> ნაყოფების რაოდენობა _____ ნაყოფის რიგითობა რიგით მერამდენე ბავშვია _____	
ინფორმაცია ბავშვის შესახებ:		
ბავშვის გვარი _____ ბავშვის სახელი _____	დაბადების თარიღი სქესი: მამრობითი <input type="checkbox"/> მდედრობითი <input type="checkbox"/>	
დაბადების ადგილი:	სახელმწიფო:	
მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი-		

	ქალაქი/თვითმმართველი თემი:	
ბავშვის რეგისტრაციის მისამართი:	მამის <input type="checkbox"/>	დედის <input type="checkbox"/>
ინფორმაცია მამის შესახებ:		
პირადი ნომერი ----- პირადი ნომრის გარეშე <input type="checkbox"/> სახელი: გვარი:	მოქალაქეობა: დაბადების თარიღი: _____	
დაბადების ადგილი:	სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი:	
რეგისტრაციის ადგილი:		
პირადი ნომრის არარსებობის შემთხვევაში პირადი მონაცემების შევსების საფუძველი: _____		
სხვა დამატებითი ინფორმაცია		
დედის/ მამის / წარმომადგენლის საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი		
მოკლე ტექსტური შეტყობინების ენა: ქართული <input type="checkbox"/> აზერბაიჯანული <input type="checkbox"/> სომხური <input type="checkbox"/>		
ცნობას ხელმოწერით ადასტურებს: 1. მამა <input type="checkbox"/> 2. დედა <input type="checkbox"/> 3. დედის წარმომადგენელი <input type="checkbox"/> (პირადი ნომერი) 4. მამის წარმომადგენელი <input type="checkbox"/> (პირადი ნომერი) _____		
ცნობა შეავსო: პირადი ნომერი სახელი გვარი საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი _____	ხელმოწერა	ბეჭდის ადგილი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)

დანართი №2

N:	გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობა (სრული ცნობა)	ფორმა NIV-106/ს-4
შევსების თარიღი: ----- გაგზავნილია მატერიალური ფორმით <input type="checkbox"/> ნომერი ----- თარიღი ----- შეცვლილი <input type="checkbox"/> თარიღი -----		
I. დაწესებულება (დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ფიზიკური პირი):		
II. ინფორმაცია გარდაცვლილი პირის შესახებ:		

პირადი ნომერი: _____ პირადი ნომრის გარეშე <input type="checkbox"/> სახელი: გვარი:	განათლება: მოქალაქეობა: სქესი: დაბადების თარიღი: _____
დაბადების ადგილი:	სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება:
რეგისტრაციის ადგილი:	
სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება: ქუჩა / გამზირი / ჩიხი:	კვარტალი: კორპუსი: მიკრორაიონი: სახლი: ბინა:
ფაქტობრივი მისამართი:	
სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება: ქუჩა / გამზირი / ჩიხი:	კვარტალი: კორპუსი: მიკრორაიონი: სახლი: ბინა: _____
პირადი ნომრის არარსებობის შემთხვევაში პირადი მონაცემების შევსების საფუძველი: _____	
III. ინფორმაცია გარდაცვალების შესახებ:	
გარდაცვალების თარიღი/დრო:	
გარდაცვალების ადგილი:	სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი: დასახლება:
ოჯახური მდგომარეობა:	1. იყო დაქორწინებული <input type="checkbox"/> 2. დაქორწინებული არ ყოფილა <input type="checkbox"/> 3. განქორწინებული <input type="checkbox"/> 4. ქვრივი <input type="checkbox"/>
სად გარდაიცვალა:	სამედიცინო დაწესებულება <input type="checkbox"/> ბინა <input type="checkbox"/> სხვა(მიუთითეთ)_____
IV. ინფორმაცია სიკვდილის მიზეზების შესახებ:	
ისტორიის N	
სიკვდილის მიზეზები:	დროის მიახლოებითი ავადმყოფობის დაწყებიდან სიკვდილამდე (დღე, თვე, წელი)
I სიკვდილის გამოიწვევი ავადმყოფობები ან/და მდგომარეობები	
სიკვდილის უშუალო მიზეზი (სიკვდილის დადგომის მექანიზმი) იწერება სტრიქონზე ა)-	ა) _____ —

<p>შუალედური მიზეზი(ები) - პათოლოგიური მდგომარეობების თანმიმდევრული ჯაჭვი სიკვდილის უშუალო მიზეზიდან სიკვდილის პირველად მიზეზამდე.</p>	<p>გამოწვეული (ან წარმოადგენს შედეგს) ბ) _____ გამოწვეული (ან წარმოადგენს შედეგს) ბ) _____ გამოწვეული (ან წარმოადგენს შედეგს) ბ) _____</p>	
<p>სიკვდილის პირველადი მიზეზი (რომელმაც ბიძგი მისცა ზემოთ ჩაწერილი მოვლენების ჯაჭვს) მიეთითება ბოლო შევსებულ სტრიქონზე *</p>	<p>დ) _____</p>	
<p>სხვა მნიშვნელოვანი მდგომარეობები, რომლებიც ხელს უწყობს სიკვდილს, მაგრამ არ არის დაკავშირებული ავადმყოფობასთან ან პათოლოგიურ მდგომარეობასთან, რომელიც იწვევს სიკვდილს</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>*აქ არ იგულისხმება სიმპტომები და მოვლენები, რომლებიც თან ახლავს სიკვდილის დადგომას (სიკვდილის მექანიზმი), როგორცაა გულის უკმარისობა, სუნთქვის დარღვევა და ა.შ. იგულისხმება ავადმყოფობები, დაზიანებები და გართულებები, რომლებიც იწვევს სიკვდილს.</p>		
<p>ქირურგიული ჩარევა ბოლო 4 კვირის განმავლობაში</p> <p>1. კი <input type="checkbox"/></p> <p>2. არა <input type="checkbox"/></p> <p>3. უცნობი <input type="checkbox"/></p>	<p>თუ „კი“ - მიუთითეთ ქირურგიული ჩარევის მიზეზი (ავადმყოფობა ან მდგომარეობა)</p> <p>_____</p>	
<p>მოთხოვნილია პათოლოგანატომიური გაკვეთა</p> <p>1. კი <input type="checkbox"/></p> <p>2. არა <input type="checkbox"/></p> <p>3. უცნობი <input type="checkbox"/></p>	<p>თუ „კი“ - მიუთითეთ აისახა თუ არა გაკვეთის შედეგები სიკვდილის მიზეზების განსაზღვრისას</p> <p>1. კი <input type="checkbox"/></p> <p>2. არა <input type="checkbox"/></p> <p>3. უცნობი <input type="checkbox"/></p>	
<p>სიკვდილის გამოწვევი:</p>	<p>1. ავადმყოფობა <input type="checkbox"/></p> <p>2. უბედური შემთხვევა <input type="checkbox"/></p> <p> 2.1. მათ შორის საგზაო უბედური შემთხვევა <input type="checkbox"/></p> <p>3. თავდასხმა <input type="checkbox"/></p> <p>4. თვითმკვლელობა <input type="checkbox"/></p> <p>5. სხვა <input type="checkbox"/></p> <p>6. დაუდგენელი</p>	
<p>გარეგანი მიზეზით გამოწვეული (არაბუნებრივი) სიკვდილი <input type="checkbox"/></p>		
<p>სად მოხდა გარეგანი მიზეზით გამოწვეული სიკვდილი:</p>		
<p>1. ბინა <input type="checkbox"/></p> <p>2. სპეციალური საცხოვრებელი დაწესებულება</p> <p>3. სკოლა, სხვა დაწესებულება და საზოგადოებრივი ადმინისტრაციული ობიექტი <input type="checkbox"/></p> <p>4. სასპორტო მოედნები <input type="checkbox"/></p> <p>5. ქუჩა ან გზა (ტრასა) <input type="checkbox"/></p>	<p>6. დაწესებულება ან სავაჭრო ან მომსახურების ობიექტი <input type="checkbox"/></p> <p>7. საწარმოო ან სამშენებლო ფართები ან შენობები <input type="checkbox"/></p> <p>8. სასოფლო-სამეურნეო ობიექტი <input type="checkbox"/></p> <p>9. სხვა დაზუსტებული ადგილი <input type="checkbox"/></p> <p>10. დაუზუსტებელი ადგილი <input type="checkbox"/></p>	
<p>V. ინფორმაცია გარდაცვლილი ქალის ბოლო ორსულობის შესახებ:</p>		

ორსულობა ბოლო 12 თვეში: 1. კი <input type="checkbox"/> 2. არა <input type="checkbox"/> 3. უცნობია <input type="checkbox"/>		გარდაიცვალების ვადა ორსულობასთან მიმართებაში: 1. გარდაიცვალა ორსულობის პერიოდში <input type="checkbox"/> 2. ორსულობის დასრულებიდან 42 დღის განმავლობაში <input type="checkbox"/> 3. ორსულობის დასრულებიდან 43 დღიდან 1 წლამდე <input type="checkbox"/>	
ორსულობის ვადა: 1. კვირა: _____ 2. უცნობია _____		ორსულობის დასრულების თარიღი : _____	
სიკვდილი დაკავშირებულია: 1. აბორტის გართულებასთან <input type="checkbox"/> 2. საშვილოსნოს გარე ორსულობის გართულებასთან <input type="checkbox"/> 3. ორსულობის გართულებასთან <input type="checkbox"/> 4. მშობიარობის გართულებასთან <input type="checkbox"/> 5. ლოგინობის ხანის გართულებასთან (42 დღის ჩათვლით) <input type="checkbox"/> 6. სხვა (მიუთითეთ) _____			
VI. ინფორმაცია 5 წლამდე ასაკის გარდაცვლილი ბავშვების შესახებ:			
ასაკი სიკვდილისას:		1. 0-6 დღე <input type="checkbox"/> 2. 7-27 დღე <input type="checkbox"/> 3. 28 დღე-1 წელი <input type="checkbox"/> 4. 1-5 წელი <input type="checkbox"/>	
VII. ინფორმაცია სიკვდილის დასკვნის შესახებ			
სიკვდილი დაადასტურა: 1. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმა <input type="checkbox"/> 2. პათოლოგანატომმა/კლინიკურმა პათოლოგმა <input type="checkbox"/> 3. მკურნალმა ან მორიგე ექიმმა <input type="checkbox"/> 4. სასწრაფო დახმარების ექიმმა <input type="checkbox"/> 5. სხვა დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა <input type="checkbox"/>		სიკვდილის მიზეზი დაადასტურდა: 1. გვამის დათვალიერებით <input type="checkbox"/> 2. სამედიცინო დოკუმენტაციის საფუძველზე <input type="checkbox"/> 3. წინამორბედი დაკვირვებით <input type="checkbox"/> 4. გვამის გაკვეთის საფუძველზე <input type="checkbox"/>	
		გადაგზავნილია ექსპერტიზაზე: 1. კი <input type="checkbox"/> 2. არა <input type="checkbox"/> <i>(არ წარმოადგენს სავალდებულო ველს)</i>	
ცნობა შეავსო: პირადი ნომერი სახელი გვარი საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი	ხელმოწერა	ბეჭდის ადგილი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)	

დანართი №2.1

N:	გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობა	ფორმა N106/ს-4
შევსების თარიღი: ----- გაგზავნილია მატერიალური ფორმით <input type="checkbox"/> ნომერი ----- თარიღი ----- შეცვლილი <input type="checkbox"/> თარიღი -----		
დაწესებულება (დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ფიზიკური პირი):		
ინფორმაცია გარდაცვლილი პირის შესახებ:		

პირადი ნომერი: _____ პირადი ნომრის გარეშე <input type="checkbox"/> სახელი: გვარი:	მოქალაქეობა: სქესი: დაბადების თარიღი: _____	
დაბადების ადგილი:	სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი:	
პირადი ნომრის არარსებობის შემთხვევაში პირადი მონაცემების შევსების საფუძველი:		
ინფორმაცია გარდაცვალების შესახებ:		
გარდაცვალების თარიღი		
გარდაცვალების ადგილი:	სახელმწიფო: მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი- ქალაქი/თვითმმართველი თემი:	
ოჯახური მდგომარეობა:	1. იყო დაქორწინებული <input type="checkbox"/> 2. დაქორწინებული არ ყოფილა <input type="checkbox"/> 3. განქორწინებული <input type="checkbox"/> 4. ქვრივი <input type="checkbox"/>	
ცნობა შეავსო: პირადი ნომერი სახელი გვარი საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი	ხელმოწერა	ბეჭდის ადგილი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)

დანართი №3

დაბადების და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის შევსების, გაგზავნისა და შენახვის წესი

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. დაბადების შესახებ სრული სამედიცინო ცნობა – დანართი N1 (ფორმა №IV-103/ს-84) (შემდგომში – სრული ცნობა) წარმოადგენს დაბადების დამადასტურებელ დოკუმენტს, ხოლო გარდაცვალების შესახებ სრული სამედიცინო ცნობა – დანართი N2 (ფორმა № IV-106/ს-4) (შემდგომში – სრული ცნობა) გარდაცვალების დამადასტურებელ დოკუმენტს. დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობა – დანართი N1.1 (შემდგომში – სამედიცინო ცნობა), რომელიც ივსება სრულ ცნობაში არსებული ინფორმაციის საფუძველზე, წარმოადგენს დაბადების რეგისტრაციის მიზნებისთვის გათვალისწინებულ დოკუმენტს, ხოლო გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობა – დანართი N2.1 (შემდგომში – სამედიცინო ცნობა), რომელიც ივსება სრულ ცნობაში არსებული ინფორმაციის საფუძველზე, გარდაცვალების რეგისტრაციის მიზნებისთვის გათვალისწინებულ დოკუმენტს. დაბადებისა და გარდაცვალების სრული ცნობა ივსება ელექტრონული სისტემის საშუალებით.

2. ამ ბრძანებით გათვალისწინებული ფუნქციის განხორციელების მიზნით, ცნობის შემსვებ პირს, სამინისტროს, სააგენტოს და ცენტრს, თავიანთი კომპეტენციის ფარგლებში, აქვთ პერსონალური მონაცემების დამუშავების უფლება, რა დროსაც, მათ, საქართველოს

კანონმდებლობით დადგენილი წესით, ეკისრებათ პასუხისმგებლობა დამუშავებული მონაცემების კონფიდენციალურობის, მთლიანობის და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე.

3. ელექტრონული სისტემის მფლობელი არის ცენტრი, რომელიც ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის საფუძველზე განსაზღვრავს სისტემის ფუნქციონირებისა და გამოყენების წესებს, ელექტრონული სისტემა მოიცავს ამ ბრძანების მიზნებისთვის დამუშავებული ინფორმაციისა და სპეციალური პროგრამული უზრუნველყოფის ერთობლიობას.

4. ელექტრონული სისტემის გამართულ მუშაობას და საჭირო ინფრასტრუქტურული რესურსების გამოყოფას უზრუნველყოფს სამინისტრო.

5. ამ წესის მიზნებისათვის „სამედიცინო დაწესებულებას“ წარმოადგენს:

ა) დაბადების შესახებ სრული ცნობის შესავსებად:

ა.ა) სამედიცინო სტაციონარული მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება;

ა.ბ) პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე პირი, რომელიც აღნიშნულ საქმიანობას აწარმოებს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.

ბ) გარდაცვალების შესახებ სრული ცნობის შესავსებად:

ბ.ა) სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულება;

ბ.ბ) პათოლოგანატომიური და სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის მომსახურების მიმწოდებლები;

ბ.გ) ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება ან პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე პირი, რომელიც აღნიშნულ საქმიანობას აწარმოებს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში;

ბ.დ) სასწრაფო სამედიცინო დახმარების განმახორციელებელი დაწესებულება.

6. სრულ ცნობას ავსებს „სამედიცინო დაწესებულების“ მიერ განსაზღვრული პირი, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი (შემდგომში – ცნობის შემვსები პირი), რომელიც დარეგისტრირებულია „ელექტრონული სისტემის მომხმარებლად“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანების შესაბამისად.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში სრული ცნობის შევსებაზე უფლებამოსილ პირს/პირებს (ცნობის შემვსებ პირებს) განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი.

8. პასუხისმგებლობა დაბადების/გარდაცვალების ფაქტის შეტყობინების ვალდებულების შეუსრულებლობისათვის განისაზღვრება მოქმედი კანონმდებლობით.

9. სრულ ცნობაში არასწორი/არაზუსტი მონაცემების მითითება/ასახვა წარმოადგენს სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დარღვევას.

10. სრული ცნობა მატერიალური ფორმით ინახება სამედიცინო დაწესებულებაში 3 კალენდარული წლის განმავლობაში.

11. უფლებამოსილ პირს შეუძლია მიიღოს სამედიცინო დაწესებულების მიერ კანონმდებლობით დადგენილი წესით დამოწმებული სრული ცნობის ასლი.

12. სრული ცნობის ასლი გაიცემა უფასოდ. დაუშვებელია სამედიცინო დაწესებულების მიერ სრული ცნობის გაცემისათვის დადგენილ იქნეს რაიმე საფასური.

მუხლი 2. დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობის/სრული ცნობის შევსების, გაგზავნისა და შენახვის წესი

1. ცნობის შემვსები პირის მიერ ელექტრონულად ივსება სრული ცნობა, რომელიც იბეჭდება მატერიალური ფორმით ერთ ეგზემპლარად, დამოწმდება სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის ან სხვა უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით და

შესაბამისი ბეჭდით (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). სრული ცნობა ასევე ხელმოწერილი უნდა იყოს ბავშვის მშობლის (მშობლების) ან სხვა კანონიერი წარმომადგენლის მიერ. მატერიალური ფორმით სრული ცნობა ინახება სამედიცინო დაწესებულებაში. სრული ცნობის სათანადო წესით დამოწმების შემდეგ, „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 23-ე მუხლით დადგენილ ვადაში (დაბადებიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში) დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობა ელექტრონული ფორმით ეგზავნება სააგენტოს, რომელიც თავის მხრივ ახორციელებს ბავშვის დაბადების რეგისტრაციას.

2. თუ სრულ ცნობაზე მშობლის (მშობლების) ან სხვა კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ხელმოწერის განხორციელება შეუძლებელია მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, სრული ცნობა შეიძლება შეივსოს აღნიშნულ პირთა ხელმოწერის გარეშე.

3. ელექტრონულ სისტემაში ასახვის მიზნით, ელექტრონული ფორმით მიღებული სამედიცინო ცნობის საფუძველზე დაბადების აქტის რეგისტრაციის ან რეგისტრაციის შეუძლებლობის შესახებ ინფორმაცია ეგზავნება ცენტრს შეთანხმებული ფორმით.

4. თუ ელექტრონული სისტემის გაუმართაობის გამო შეუძლებელია ელექტრონული ფორმით სამედიცინო ცნობის სააგენტოს მიერ მიღება და გაუმართაობა გრძელდება არანაკლებ 2 სამუშაო დღის განმავლობაში, სამედიცინო ცნობა შესაძლებელია მატერიალური ფორმით წარედგინოს სააგენტოს „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 23-ე მუხლით დადგენილ ვადაში (დაბადებიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში). ცნობის შემსვები პირი მატერიალურად ავსებს სრულ და სამედიცინო ცნობებს. მატერიალური ფორმით შევსებული ორივე სამედიცინო ცნობა დამოწმებული უნდა იქნეს სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის ან სხვა უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით და შესაბამისი ბეჭდით (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). სრული ცნობა, ასევე ხელმოწერილი უნდა იყოს ბავშვის მშობლის (მშობლების) ან სხვა კანონიერი წარმომადგენლის მიერ.

5. ელექტრონული სისტემის გაუმართაობის აღმოფხვრის შემდეგ სრული ცნობა უნდა შეივსოს ელექტრონულ სისტემაში აღნიშვნით „გაგზავნილია მატერიალური ფორმით“. ელექტრონული სისტემის მიერ დაგენერირებული სამედიცინო ცნობა კი ელექტრონულად გაეგზავნოს სააგენტოს აღნიშვნით „გაგზავნილია მატერიალური ფორმით“.

6. თუ სრული ცნობა საჭიროებს ცვლილებას მონაცემთა დაზუსტების გამო (შეცდომის გასწორება, დამატებითი მოკვლევა, სამედიცინო ექსპერტიზა და ა.შ.), ცნობის შემსვები პირი ვალდებულია განახორციელოს ცვლილება (შესწორება, დამატება, შეცვლა) რისთვისაც ელექტრონულ სისტემაში ხორციელდება სათანადო მონაცემების ცვლილება, ამის შემდეგ ერთ ეგზემპლარად იბეჭდება ახალი სრული ცნობა ცვლილების თარიღით და აღნიშვნით „შეცვლილი“, რომელიც სათანადოდ დამოწმებული სახით შეინახება სამედიცინო დაწესებულებაში, არასწორად შევსებული სრული ცნობის მატერიალური ეგზემპლარი კი უნდა გადაიხაზოს, გაუკეთდეს წარწერა „გაუქმებულია“ და შენახულ იქნეს ახალ ცნობასთან ერთად.

7. თუ ცვლილება (შესწორება, დამატება, შეცვლა) განხორციელდა სრული ცნობის იმ მონაცემში, რომელსაც შეიცავს დაბადების რეგისტრაციის მიზნებისთვის გათვალისწინებული სამედიცინო ცნობა, მაშინ ელექტრონული სისტემის მიერ დაგენერირებული შეცვლილი სამედიცინო ცნობა ელექტრონული ფორმით ეგზავნება სააგენტოს ცვლილების თარიღით და აღნიშვნით „შეცვლილი“. იმ მონაცემების შეცვლა, რომელსაც არ შეიცავს სამედიცინო ცნობა, ხორციელდება სააგენტოსთვის შეტყობინების გარეშე.

8. აკრძალულია დაბადების შესახებ ცნობის (სრული ან/და სამედიცინო ცნობა) შევსება, თუ დაბადების ფაქტი არ დადგა სამედიცინო დაწესებულებაში, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ამ მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრულმა დამოუკიდებელი საექიმო

საქმიანობის უფლების მქონე პირმა, ბავშვის დედას სამედიცინო დაწესებულების გარეთ მშობიარობისას გაუწია დახმარება. ამასთან, დაუშვებელია დაბადების ფაქტი დადასტურდეს მედპერსონალის (ექიმი, ბეზიქალი, ექთანი) დაუსწრებლად, ექიმის მიერ დაბადების ფაქტის პირადად დადგენის გარეშე.

9. მკვდრადშობადობის შემთხვევაში (ორსულობის 22 კვირიდან) ივსება მხოლოდ დაბადების შესახებ სრული ცნობა. მკვდრადშობილი ეწოდება ისეთ ნაყოფს, რომლის სიკვდილიც, მიუხედავად იმისა, რა ხანგრძლივობის არის ორსულობა, წინ უსწრებს მის სრულ გამოძევებას ან გამოყვანას დედის ორგანიზმიდან, არ სუნთქავს ან არ ავლენს სიცოცხლის რაიმე სხვა ნიშანს, როგორცაა: გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია, ან ჩონჩხის კუნთების ცალკეული ჯგუფების შეკუმშვა.

10. სრულ ცნობაში ბავშვის სახელი და გვარი ჩაიწერება „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 25-ე მუხლით და საქართველოს იუსტიციის მინისტრის ბრძანებით დადგენილი წესის შესაბამისად.

11. სრულ ცნობაში ბავშვის მშობლების შესახებ მონაცემები შეიტანება „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 26-ე მუხლით დადგენილი წესის შესაბამისად.

12. „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 26-ე მუხლით გათვალისწინებული ნების გამოხატვა ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც დაიბადა ბავშვი. სრულ ცნობაში მითითებული მონაცემების სისწორე დასტურდება მათი ხელმოწერით.

13. სუროგაციის შედეგად დაბადებული ბავშვის შემთხვევაში ბავშვის სახელი, გვარი და მამის მონაცემები, სრულ ცნობაში არ მიეთითება. სრული ცნობა უნდა შეიცავდეს მითითებას ბავშვის სუროგაციის შედეგად გაჩენის შესახებ.

14. სრულ ცნობაში ბავშვის დაბადების ადგილი მიეთითება „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 25-ე მუხლით და საქართველოს იუსტიციის მინისტრის ბრძანებით დადგენილი წესის შესაბამისად.

15. ცნობის შემსვები პირი, ბავშვის მშობლის ან სხვა კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობის საფუძველზე, უზრუნველყოფს დაბადებულ ბავშვთან დაკავშირებით საკონტაქტო პირის მობილური ტელეფონის ნომრის სრულ ცნობაში ასახვას, რომელიც გამოყენებული იქნება სააგენტოს მიერ ბავშვის ჯანმრთელობისა და განვითარების შესახებ საინფორმაციო ხასიათის შეტყობინებების დაგზავნის, სახელმწიფო პროგრამების ან/და საჯარო სამართლებრივი უფლებამოსილების შესახებ ინფორმაციული უზრუნველყოფის მიზნებისათვის.

მუხლი 3. გარდაცვალების ფაქტის დადასტურება

1. გარდაცვალების ფაქტის დადასტურების უფლება აქვს სამედიცინო დაწესებულების მკურნალ ექიმს, სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების ექიმს, პათოლოგანატომს/კლინიკურ პათოლოგს, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტს, აგრეთვე სხვა დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს.

2. აკრძალულია გარდაცვალების ფაქტის დადასტურება დაუსწრებლად, გვამის პირადად ნახვის გარეშე.

3. თუ სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომელი, რომელმაც დაადასტურა გარდაცვალების ფაქტი, არ წარმოადგენს ამავე დაწესებულების ცნობის შევსებაზე უფლებამოსილ პირს, იგი ვალდებულია გარდაცვალების ფაქტის დადასტურების შესახებ შესაბამისი სამედიცინო ჩანაწერები დაუყოვნებლივ გადასცეს ამ სამედიცინო დაწესებულებაში ცნობის შევსებაზე უფლებამოსილ პირს.

მუხლი 4. გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის/სრული ცნობის შევსების, გაგზავნისა და შენახვის წესი

1. ცნობის შემგვსები პირის მიერ ელექტრონულად ივსება სრული ცნობა, რომელიც იბეჭდება მატერიალური ფორმით ერთ ეგზემპლარად, დამოწმდება სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის ან სხვა უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით და შესაბამისი ბეჭდით (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). მატერიალური ფორმით სრული ცნობა ინახება სამედიცინო დაწესებულებაში. სრული ცნობის სათანადო წესით დამოწმების შემდეგ, „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 71-ე მუხლით დადგენილ ვადაში (გარდაცვალებიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში), გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობა ელექტრონული ფორმით ეგზავნება სააგენტოს, რომელიც თავის მხრივ ახორციელებს გარდაცვალების რეგისტრაციას.

2. ელექტრონულ სისტემაში ასახვის მიზნით, ელექტრონული ფორმით მიღებული სამედიცინო ცნობის საფუძველზე გარდაცვალების აქტის რეგისტრაციის ან რეგისტრაციის შეუძლებლობის შესახებ ინფორმაცია ეგზავნება ცენტრს შეთანხმებული ფორმით.

3. თუ ელექტრონული სისტემის გაუმართაობის გამო შეუძლებელია ელექტრონული ფორმით სამედიცინო ცნობის სააგენტოს მიერ მიღება და გაუმართაობა გრძელდება არანაკლებ 2 სამუშაო დღისა, სამედიცინო ცნობა შესაძლებელია მატერიალური ფორმით წარედგინოს სააგენტოს „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 71-ე მუხლით დადგენილ ვადაში (გარდაცვალებიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში). ცნობის შემგვსები პირი მატერიალურად ავსებს სრულ და სამედიცინო ცნობებს. მატერიალური ფორმით შევსებული ორივე სამედიცინო ცნობა დამოწმებული უნდა იქნეს სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის ან სხვა უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით და შესაბამისი ბეჭდით (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

4. ელექტრონული სისტემის გაუმართაობის აღმოფხვრის შემდეგ სრული ცნობა უნდა შეივსოს ელექტრონულ სისტემაში აღნიშვნით „გაგზავნილია მატერიალური ფორმით“. სისტემის მიერ დაგენერირებული სამედიცინო ცნობა კი ელექტრონულად გაეგზავნოს სააგენტოს აღნიშვნით „გაგზავნილია მატერიალური ფორმით“.

5. თუ სრული ცნობა საჭიროებს ცვლილებას მონაცემთა დაზუსტების გამო (შეცდომის გასწორება, დამატებითი მოკვლევა, სამედიცინო ექსპერტიზა და ა.შ.), ცნობის შემგვსები პირი ვალდებულია განახორციელოს ცვლილება (შესწორება, დამატება, შეცვლა), რისთვისაც ელექტრონულ სისტემაში ხორციელდება სათანადო მონაცემების ცვლილება, ამის შემდეგ ერთ ეგზემპლარად იბეჭდება ახალი სრული ცნობა აღნიშვნით „შეცვლილი“, რომელიც სათანადოდ დამოწმებული სახით შეინახება სამედიცინო დაწესებულებაში, არასწორად შევსებული სრული ცნობის მატერიალური ეგზემპლარი კი უნდა გადაიხაზოს, გაუკეთდეს წარწერა „გაუქმებულია“ და შენახულ იქნეს ახალ ცნობასთან ერთად.

6. თუ ცვლილება (შესწორება, დამატება, შეცვლა) განხორციელდა სრული ცნობის იმ მონაცემში, რომელსაც შეიცავს გარდაცვალების რეგისტრაციის მიზნებისთვის გათვალისწინებული სამედიცინო ცნობა, მაშინ ელექტრონული სისტემის მიერ დაგენერირებული შეცვლილი სამედიცინო ცნობა ელექტრონული ფორმით ეგზავნება სააგენტოს ცვლილების თარიღით და აღნიშვნით „შეცვლილი“. იმ მონაცემების შეცვლა, რომელსაც არ შეიცავს სამედიცინო ცნობა, ხორციელდება სააგენტოსთვის შეტყობინების გარეშე.

7. გრაფაში „ინფორმაცია სიკვდილის მიზეზების შესახებ“ ხდება სიკვდილის მიზეზების არჩევა ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის მე-10 გადახედვის (ICD10) მიხედვით.

8. სიკვდილის რამდენიმე მიზეზი არსებობს: უშუალო, შუალედური(ები) და პირველადი (საწყისი მიზეზი, რომელმაც გამოიწვია მოვლენათა ჯაჭვი და რომლის

გარეშე სიკვდილი არ დადგებოდა). სიკვდილის მიზეზების სტრიქონების შევსება ხდება თანმიმდევრულად, ზემოდან ქვემოთ, უშუალო მიზეზიდან პირველად მიზეზამდე:

ა) სიკვდილის პირველადი მიზეზი იწერება ცნობის I ნაწილის ყველაზე ბოლო შევსებულ სტრიქონში;

ბ) თუ მოვლენათა ჯაჭვში მხოლოდ ერთი საფეხურია, საკმარისია ჩანაწერი I „ა“ სტრიქონში;

გ) თუ ამ ჯაჭვში ორი საფეხურია, სიკვდილის უშუალო მიზეზი უნდა ჩაიწეროს სტრიქონში „ა“ და შემდგომ სტრიქონში „ბ“ – პირველადი მიზეზი;

დ) თუ ამ ჯაჭვში ორზე მეტი საფეხურია, სიკვდილის უშუალო მიზეზი უნდა ჩაიწეროს სტრიქონში „ა“, შემდგომ სტრიქონში(ებში) შუალედური მიზეზი(ები) და ბოლოს პირველადი მიზეზი;

ე) სრული ცნობის I ნაწილში ჩაწერილი ავადმყოფობები, მისი გართულებები და პათოლოგიური პროცესები ერთმანეთთან დაკავშირებული უნდა იყოს ეტიოლოგიურად და პათოგენეზურად;

ვ) თუ სიკვდილი გამოწვეულია დაზიანებით ან გარეგანი ზემოქმედების სხვა ფაქტორით (ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის მე-10 (ICD-10) გადახედვის XIX კლასის T ან S კოდური აღნიშვნით), სავალდებულოა სიკვდილის პირველად მიზეზად დაზიანების გამომწვევი გარეგანი ფაქტორის კოდის მითითება XX კლასის V, W, X ან Y კოდური აღნიშვნით;

ზ) თითოეული შევსებული ქვეპუნქტის გასწვრივ უნდა ჩაიწეროს ავადმყოფობის ან პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა (დღე);

თ) დიაგნოზის ჩაწერისას არ უნდა იქნეს დაშვებული გაურკვეველობა, ზოგადი მინიშნებებითა და სიმპტომების აღნიშვნით შემოფარგვლა. საჭიროა მითითებულ იქნეს ავადმყოფობის ფორმა და სტადია;

ი) თითოეულ სტრიქონში უნდა ჩაიწეროს მხოლოდ ერთი ავადმყოფობა, გართულება და პათოლოგიური პროცესი.

9. შემდგომი ბლოკი განკუთვნილია სხვა მნიშვნელოვანი ავადმყოფობების ან პათოლოგიური პროცესებისთვის, რომლებიც ავადმყოფს ჰქონდა სიკვდილის მომენტში, მაგრამ ეტიოპათოგენეზურად არ იყო დაკავშირებული ძირითად ავადმყოფობასთან ან სიკვდილის უშუალო მიზეზთან. აღნიშნულ ბლოკში შესაძლოა აირჩეს ერთზე მეტი ავადმყოფობა.

10. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს სიკვდილის მიზეზების ბლოკს, მისი შევსება სავალდებულოა და მაქსიმალურ სიზუსტეს მოითხოვს.

11. გრაფა „ინფორმაცია გარდაცვლილი ქალის ბოლო ორსულობის შესახებ“: ბლოკში „ორსულობა ბოლო 12 თვეში“ პასუხი „კის“ ამორჩევის შემთხვევაში იხსნება ბლოკი „ინფორმაცია გარდაცვლილი ქალის ბოლო ორსულობის შესახებ“, რომელშიც იწერება ინფორმაცია გარდაცვლილი ქალის ორსულობის სტატუსის და ვადების შესახებ და ირჩევა გარდაცვალების მიზეზი.

12. გრაფა „5 წლამდე ასაკის გარდაცვლილი ბავშვების შესახებ“ არ ივსება მკვდრადშობადობის შემთხვევაში.

მუხლი 5. გარდაცვალების მიზეზების დაზუსტება

ელექტრონული სისტემის მონაცემთა ბაზაში გარდაცვალების უცნობი, არასრულად ან/და არასწორად იდენტიფიცირებული მიზეზების არსებობისა და ცენტრის მიერ გარდაცვლილი პირის შესახებ ალტერნატიული წყაროებიდან ინფორმაციის მოკვლევის შემთხვევაში, ცენტრი მოახდენს აღნიშნულის საფუძველზე სიკვდილის მიზეზების შესახებ პირველადი მონაცემების ჩასწორებას.

საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მონაცემთა ელექტრონული ბაზიდან დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ ცენტრისათვის გადასაცემი ინფორმაციის მოცულობა და გაცემის წესი

1. სააგენტო ვალდებულია სააგენტოს მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში არსებული დაბადებისა და გარდაცვალების აქტის ჩანაწერებიდან ცენტრს შეთანხმებული ელექტრონული ფორმით მიაწოდოს ინფორმაცია იმ პირთა დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ, რომელთა რეგისტრაციის საფუძველს არ წარმოადგენს ელექტრონული სისტემის ფარგლებში შექმნილი სამედიცინო ცნობა. აღნიშნული ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს ცენტრს ყოველთვიურად, მომდევნო თვის 10 რიცხვამდე და უნდა შეიცავდეს საანგარიშო თვესთან მიმართებაში წინა ერთი წლის განმავლობაში დაბადებულ და გარდაცვლილ პირთა შესახებ მონაცემებს, გარდა საანგარიშო თვის წინა პერიოდში ამავე წესით უკვე მიწოდებული ინფორმაციისა. აღნიშნული ინფორმაცია უნდა შეიცავდეს შემდეგ მონაცემებს:

ა) დაბადების შემთხვევაში:

- ა.ა) სამოქალაქო აქტის ჩანაწერის ნომერი;
- ა.ბ) ბავშვის:
- ა.ბ.ა) სახელი;
- ა.ბ.ბ) გვარი;
- ა.ბ.გ) პირადი ნომერი;
- ა.ბ.დ) სქესი;
- ა.ბ.ე) დაბადების თარიღი;
- ა.ბ.ვ) დაბადების რეგისტრაციის თარიღი;
- ა.ბ.ზ) დაბადების რეგისტრაციის ადგილი;
- ა.ბ.თ) რიგით მერამდენე ბავშვია დედისთვის;

ა.ბ.ი) ნაყოფის რაოდენობა – ერთნაყოფიანი; მრავალნაყოფიანი (რაოდენობა);

- ა.ბ.კ) ცოცხლად დაიბადა თუ მკვდრად.

ა.გ) დედის:

- ა.გ.ა) სახელი;
- ა.გ.ბ) გვარი;
- ა.გ.გ) პირადი ნომერი;
- ა.გ.დ) დაბადების თარიღი;
- ა.გ.ე) რეგისტრაციის ადგილი;
- ა.გ.ვ) მოქალაქეობა.

ა.დ) მამის:

- ა.დ.ა) სახელი;
- ა.დ.ბ) გვარი;
- ა.დ.გ) პირადი ნომერი;
- ა.დ.დ) დაბადების თარიღი;
- ა.დ.ე) რეგისტრაციის ადგილი;
- ა.დ.ვ) მოქალაქეობა.

ბ) გარდაცვალების შემთხვევაში:

- ბ.ა) სამოქალაქო აქტის ჩანაწერის ნომერი;
- ბ.ბ) სახელი;
- ბ.გ) გვარი;
- ბ.დ) პირადი ნომერი;

- ბ.ე) მოქალაქეობა;
- ბ.ვ) სქესი;
- ბ.ზ) დაბადების თარიღი;
- ბ.თ) გარდაცვალების თარიღი;
- ბ.ი) გარდაცვალების ადგილი (სახელმწიფო) (მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი – ქალაქი/თვითმმართველი თემი);
- ბ.კ) ოჯახური მდგომარეობა;
- ბ.ლ) გარდაცვალების რეგისტრაციის თარიღი;
- ბ.მ) გარდაცვალების რეგისტრაციის ადგილი.

2. სააგენტო ვალდებულია ცენტრს მიაწოდოს ინფორმაცია სააგენტოს მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში დაბადებისა და გარდაცვალების აქტის ჩანაწერის სრულად ბათილად ცნობის ან/და დაბადებისა და გარდაცვალების აქტის ჩანაწერებში ამ დანართის მე-3 პუნქტის „ა“ და „ბ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებულ მონაცემებში განხორციელებული ცვლილების შესახებ. იგულისხმება აქტის ჩანაწერის სრულად ბათილად ცნობა ან/და ცვლილება, რომელიც განხორციელდა ცენტრისთვის ინფორმაციის მიწოდებიდან ერთი წლის განმავლობაში ამავე დანართის პირველი პუნქტის შესაბამისად. აღნიშნული ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს ცენტრს ყოველთვიურად, მომდევნო თვის 10 რიცხვამდე და უნდა შეიცავდეს საანგარიშო თვესთან მიმართებაში წინა ერთი წლის განმავლობაში განხორციელებულ ცვლილებებს ან/და ინფორმაციას სრულად ბათილად ცნობილი აქტის ჩანაწერის შესახებ, გარდა წინა პერიოდში ამავე წესით უკვე მიწოდებული ინფორმაციისა.

3. სააგენტო ცენტრს ინფორმაციას უგზავნის ამ პუნქტით გათვალისწინებული მხოლოდ იმ მონაცემის შესახებ, რომლის მიმართაც განხორციელდა ცვლილება, კერძოდ:

ა) დაბადების შესახებ აქტის მონაცემები:

- ა.ა) ბავშვის:
 - ა.ა.ა) სქესი;
 - ა.ა.ბ) დაბადების თარიღი;
 - ა.ა.გ) პირადი ნომერი;
 - ა.ა.დ) ცოცხლად თუ მკვდრად დაიბადა.

ა.ბ) დედის:

- ა.ბ.ა) დაბადების თარიღი;
- ა.ბ.ბ) დაბადების ადგილი;
- ა.ბ.გ) მოქალაქეობა.

ა.გ) მამის:

- ა.გ.ა) დაბადების თარიღი;
- ა.გ.ბ) დაბადების ადგილი;
- ა.გ.გ) მოქალაქეობა.

ბ) გარდაცვალების შესახებ აქტის მონაცემები:

- ბ.ა) მოქალაქეობა;
- ბ.ბ) სქესი;
- ბ.გ) პირადი ნომერი;
- ბ.დ) დაბადების თარიღი;
- ბ.ე) გარდაცვალების თარიღი;
- ბ.ვ) გარდაცვალების ადგილი (სახელმწიფო)(მუნიციპალიტეტი; თვითმმართველი-ქალაქი/თვითმმართველი თემი).

4. ცენტრისთვის მიწოდებული ამ დანართის მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია ასევე უნდა შეიცავდეს პირად ნომერს, სამოქალაქო აქტის ჩანაწერის ნომერს და მონაცემების გენერირების თარიღს.

5. დაბადების/გარდაცვალების აქტის სრულად ბათილად ცნობის შემთხვევაში, სააგენტოს მიერ ცენტრისთვის გაგზავნილი ინფორმაცია უნდა შეიცავდეს, პირად ნომერს და ბათილად ცნობილი აქტის ნომერს.

6. სააგენტოს მიერ ცენტრისათვის ამ დანართით გათვალისწინებული ინფორმაციის გადაცემა არ უნდა განხორციელდეს ხელახლა რეგისტრირებული სამოქალაქო აქტებიდან.

7. სააგენტომ ცენტრისთვის ამ დანართით გათვალისწინებული ინფორმაციის აღნიშნული წესით მიწოდება არ უნდა განხორციელოს იმ პირების დაბადებისა და გარდაცვალების სამოქალაქო აქტის ჩანაწერებიდან, რომელთა დაბადების/გარდაცვალების რეგისტრაცია ან მათში ცვლილება ან/და აქტის სრულად ბათილად ცნობა განხორციელდა 2016 წლის 1 იანვრამდე.