



Захиргааны хэм хэмжээний
актын улсын нэгдсэн санд
2017 оны 12 сарын 18.-ны
өдрийн 38/6 дугаарт бүртгэв.

МОНГОЛ УЛСЫН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЙДЫН
ТУШААЛ

2017 оны 12 сарын 06 өдөр

Дугаар A/495

Улаанбаатар хот

Донороос эд, эрхтэн авах, хадгалах,
тээвэрлэх, устгах журмыг тухай

Донорын тухай хуулийн 12 дугаар зүйлийн 12.1 дэх хэсгийг үндэслэн
ТУШААХ нь:

1. Донороос эд, эрхтэн авах, хадгалах, тээвэрлэх, устгах журмыг нэгдүгээр, амьд донорын зөвшөөрлийн хуудсыг хоёрдугаар, амьгүй донорын зөвшөөрлийн хуудсыг гуравдугаар, реципиентийн зөвшөөрлийн хуудсыг дөрөвдүгээр хавсралтаар тус тус баталсугай.

2. Журмыг хэрэгжүүлэхэд мэргэжил арга зүйн дэмжлэг үзүүлж ажиллахыг Эмнэлгийн тусlamжийн газар /Я.Буянжаргал/, Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг /Б.Бямбадорж/, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв /Б.Нарантуяа/-д үүрэг болгосугай.

3. Тушаалын хэрэгжилтэнд хяналт тавьж ажиллахыг Төрийн нарийн бичгийн дарга /Д.Очирбат/-д даалгасугай.

4. Энэхүү тушаал гарсантай холбогдуулан Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны 123 дугаар тушаалыг хүчингүй болсонд тооцсугай.

САЙД

Д.САРАНГЭРЭЛ

Бүртгэлийн дугаар 103

МОНГОЛ УЛСЫН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЯМ
ХУУЛБАР ҮНЭН
Хуулбар олгосон тогтолцоогийн усаг
2017 оны 12 сарын 07 өдөр

[Signature]

9087443 УХА0578 1116126516

Эрүүл мэндийн сайдын
A/495 2017 оны 12 сарын 06-ны өдрийн
дугаар тушаалын 1 дүгээр хавсралт

Донороос эд, эрхтэн авах, хадгалах, тээвэрлэх, устгах журам

Нэг.Амьд донороос эд, эрхтэн авах

- 1.1.Амьд донороос эд, эрхтэн авахын өмнө зөвшөөрлийг бичгээр авсан байна.
- 1.2.Эд, эрхтэн авахын өмнө эдийн тохирооны шинжилгээг хийж реципиентэд тохигох эсэхийг тогтооно.
- 1.3.Амьд донороос эд, эрхтнийг ерөнхий мэдээ алдуулалтын дор авна.
- 1.4.Эд, эрхтэнг холбогдох зааврын дагуу авах явцдаа ойр орчмын эд, эрхтний үйл ажиллагааг алдагдуулахгүй байх, донор хамгаалах зарчмыг баримтална.

Хоёр.Амьгүй донороос эд, эрхтэн авах

- 2.1.Эд, эрхтнийг цогцсоос авахдаа холбогдох зааврын дагуу авна.
- 2.2.Судсаар тэжээгдэх эд, эрхтнийг тэжээгч болон тараагуур судас, түүний салаануудыг залгаас хийхэд хангалттай хэмжээгээр авч болохуйц мэс заслын хүрцийг сонгож болно.
- 2.3.Амьгүй донорын мэс заслын бэлтгэлийг донор байрлаж буй эмнэлэг хангана.
- 2.4.Амьгүй донороос эд, эрхтэнг авахдаа дараахь дарааллыг баримтлан авна.
 - 2.4.1.Элэгний баг хэвлийн хөндийг нээж, эрхтэнг чөлөөлнө.
 - 2.4.2.Зүрх, ушигны баг цээжний хөндийг нээж эрхтэн чөлөөлнө.
 - 2.4.3.Нойр булчирхай, бөөрний баг эрхтэнг чөлөөлнө.
 - 2.4.4.Цээж, хэвлийн эрхтнүүдийг угаана.
- 2.5.Эрхтэнг авахдаа зүрх, ушиг, элэг, нойр булчирхай, бөөр, судас, нүдний звэрлэг гэсэн дарааллаар авна.
- 2.6.Амьгүй донорын байрлаж буй эмнэлгийн мэс заслын баг цогцыг хэвийн болгон хаана.
- 2.7.Эд, эрхтэн авсан тухай протокол үйлдэж, багийн гишүүд гарын үсэг зурна.
- 2.8.Мэс засал хийх боломжгүй эмнэлэгт амьгүй донор гарвал тээвэрлэнэ.

Гурав.Донор эд, эрхтнийг хадгалах, тээвэрлэх

- 3.1.Шилжүүлэн суулгах эд, эрхтэнг авсан даруйд зориулалтын уусмалд хадгалан эрхтэн зөөвөрлөх мөстэй саванд хийж тээвэрлэнэ.
- 3.2.Элэг, нойр булчирхайг 4-6 цаг, бөөрийг 36 цаг хадгалж болно.
- 3.3.Эд, эрхтэн авах багийн эмч донорын эд, эрхтнийг зориулалтын түргэн тусламжийн машинаар тээвэрлэнэ.
- 3.4.Эд, эрхтнийг тээвэрлэхэд энэхүү журмын 2.7-д заасан протоколыг хавсаргана.

3.5.Эд, эрхтнийг зөөвөрлөхийн өмнө хүлээн авах байгууллагад урьдчилан мэдэгдэнэ.

Дөрөв.Шаардлага хангагүй эд, эрхтнийг устгах

4.1.Бэлтгэх, тээвэрлэх, хадгалах, суулгах горим алдагдсан эд, эрхтэн болон уг үйл ажиллагаанд хэрэглэсэн нэг удаагийн багаж, хэрэгслийг хамтад нь устгана.

4.2.Эд, эрхтнийг хэсэгчлэн хэрчиж, бүтцийн бүрэн бүтэн байдлыг эвдэн, эд, эрхтэнг шаардлага хангахгүй тухай протокол үйлдэн, эрхтэн авах багийн ахлагч протоколыг Эмгэг судлалын үндэсний төвд хүлээлгэн өгнө.

4.3.Эмгэг судлалын үндэсний төв нь шаардлага хангахгүй эд, эрхтнийг устгаж, устгасан тухай протоколыг үйлдэнэ.

Тав.Донор эд, эрхтэнг шилжүүлэн суулгах

5.1.Эд, эрхтэнг шилжүүлэн суулгах эмнэлэг нь дараах шаардлагуудыг хангасан байна. Үүнд:

- 5.1.1.дадлагажсан багтай байх;
- 5.1.2.мэс засал, мэдээгүйжүүлэг, лабораторийн орчин үеийн багаж, тоног төхөөрөмжтэй байх;
- 5.1.3.мэс заслын дараах бүрэн тоноглогдсон эрчимт эмчилгээний өрөөтэй байх;
- 5.1.4.үйлчлүүлэгчдийн насан туршийн хяналт хийдэг байх.

5.2.Эд, эрхтэнг шилжүүлэн суулгах ажилбарыг дээрх шаардлагыг хангасан, эрүүл мэндийн төрийн захиргааны төв байгууллагаас тусгай зөвшөөрөл авсан, магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийн байгууллагад хийж гүйцэтгэнэ.

ооо



Эрүүл мэндийн сайдын
2017 оны 12 сарын 06 –ны өдрийн
дугаар тушаалын 2 дугаар хавсралт

Амьд донорын зөвшөөрлийн хуудас

..... овогтой миний бие өөрийн сайн дураар
иргэн овогтой /реципиентийн овог, нэрийг бичнэ/
..... /эд, эрхтний нэрийг бичнэ/-ний амь нас, эрүүл мэндийг
сайжруулах донорын буянт үйлсэд зориулан эрхтнээ өгөхийг зөвшөөрсөн болно.

1. Миний бие эд, эрхтнээ донороор өгөх үед (цус алдах, цөсний зам гэмтэх,
зэргэлдээх эрхтэн гэмтэх, амьдралын чухал эрхтний гэмтэл гм) болон өгсний дараа
(эрхтэн болон судасны залгалт тавигдах, цус алдах, гялтантас, цөсний зам нарийсах,
цөсний зам бөглөрөх, амьдралын чухал эрхтний дутагдал, халдварт гм) гарч болох
алив нэгэн эрсдэл, хүндрэлийг бүрэн ойлгож байна.

2. Би эд, эрхтнээ өгсний хариуд хүлээн авсан реципиент болон түүний ах, дүү,
төрөл төрөгсөд, эмчилгээ хийж буй эмнэлгийн байгууллага, эмч ажилтиуудын өмнө
хууль, эрх зүй, эд материалын хувьд ямар нэгэн гомдол, санал, маргаангүй болно.

3. Би эд, эрхтнээ үнэ төлбөргүй өгч байна.

Эд, эрхтэн өгөхийг зөвшөөрсөн:

Овог Нэр
Гарын үсэг /Гарын үсгийн тайлал/

Баримтыг он сар өдөр цаг минутад үйлдэв.
Регистрийн дугаар
Оршин суугаа хаяг Холбоо барих утас

Гэрч 1: /Донорын эх, эцэг, ах, дүү, хамаатан, садан/

Овог Нэр
Донорын ямар хамаатан болохыг бичнэ. /
Гарын үсэг /Гарын үсгийн тайлал/
Баримтыг он сар өдөр цаг минутад үйлдэв.
Регистрийн дугаар
Оршин суугаа хаяг Холбоо барих утас

Гэрч 2: /Донорын эх, эцэг, ах, дүү, хамаатан, садан/

Овог Нэр
Донорын ямар хамаатан болохыг бичнэ. /

Гарын үсэг /Гарын үсгийн тайлал/
Баримтыг он сар өдөр цаг минутад үйлдэв.
Регистрийн дугаар
Оршин суугаа хаяг Холбоо барих утас

Эмнэлгийн нэр:

..... Эмнэлгийн дарга /...../

Эрхтэн шилжүүлэн суулгах багийн ахлагч: /...../

Хуулийн зөвлөх: /...../

Эмчлэгч эмч: /...../



9087443 УХА0578 1116126516

Эрүүл мэндийн сайдын
1/495 2017 оны 12 сарын 06 -ны өдрийн
дугаар тушаалын 3 дугаар хавсралт

Амьгүй донорын зөвшөөрлийн хуудас

.....овогтой.....ньтархины
эргэшгүй өөрчлөлтөд орсны улмаасэмнэлэгт нас барсан тул түүний
...../эрхтний нэрийг бичнэ-/г бусдын амь нас, эрүүл мэндийг сайжруулах
донорын буянт үйлсэд зориулан авахыг зөвшөөрсөн болно.

1. Донор эд, эрхтэн авахыг зөвшөөрсөн:

ОвогНэр

Нас барагчийн ямар хамаатан болохыг бичнэ.
.....

Гарын үсэг /Гарын үсгийн тайлал/

Зөвшөөрлийг

Онсарөдөрцагминутадүйлдэв.

Регистрийн дугаар

Эмнэлгийн нэр

2. Гэрч:

ОвогНэр

Ажлын газрын хаяг.....

Регистрийн дугаар

Гарын үсэг /Гарын үсгийн тайлал/



Эрүүл мэндийн сайдын
1/495 2017 оны 12 сарын 06.-ны өдрийн
дугаар тушаалын 4 дүгээр хавсралт

Реципиентийн зөвшөөрлийн хуудас

..... овогтой миний бие өөрийн сайн дураар
иргэн овогтой /донорын овог, нэрийг бичнэ/
..... /эд, эрхтний нэрийг бичнэ/-ний өөрийн амь нас, эрүүл мэндийг
сайжруулах зорилгоор шилжүүлэн суулгахыг зөвшөөрсөн болно.

1. Миний бие бусдын эд, эрхтнийг донороор шилжүүлэн суулгах үед (цус алдах,
цөсний зам гэмтэх, зэргэлдээх эрхтэн гэмтэх, амьдралын чухал эрхтний гэмтэл гм)
болон өгсний дараа (эрхтэн болон судасны залгалт тавигдах, цус алдах, гялтантас,
цөсний зам нарийсах, цөсний зам бөглөрөх, суулгац эрхтний дутагдал, амьдралын
чухал эрхтний дутагдал, халдварт гм) гарч болох алив нэгэн эрсдэл, хүндрэлийг бүрэн
ойлгож байна.

2. Эд, эрхтэн шилжүүлэн суулгасны дараа донор болон түүний ах, дүү, төрөл
төрөгсөд, эмчилгээ хийж буй эмнэлгийн байгууллага, эмч ажилтнуудын өмнө хууль,
эрх зүй, эд материалын хувьд ямар нэгэн гомдол, санал, маргаангуй болно.

Бусдын эд, эрхтнийг шилжүүлэн суулгахыг зөвшөөрсөн:

Овог Нэр
Гарын үсэг /Гарын үсгийн тайлал/

Баримтыг он сар өдөр цаг минутад үйлдэв.
Регистрийн дугаар
Оршин суугаа хаяг Холбоо барих утас

Гэрч 1: /Реципиентийн эх, эцэг, ах, дүү, хамаатан, садан/

Овог Нэр
Реципиентийн ямар хамаатан болохыг бичнэ. /...../
Гарын үсэг /Гарын үсгийн тайлал/
Баримтыг он сар өдөр цаг минутад үйлдэв.
Регистрийн дугаар
Оршин суугаа хаяг Холбоо барих утас

Гэрч 2: /Реципиентийн эх, эцэг, ах, дүү, хамаатан, садан/

Овог Нэр

9087443 УХА0578 111F12E516

Реципиентийн ямар хамаатан болохыг бичнэ. /......./
Гарын үсэг /Гарын үсгийн тайлал/
Баримтыг он сар өдөр цаг минутад үйлдэв.
Регистрийн дугаар
Оршин суугаа хаяг Холбоо барих утас

Эмнэлгийн нэр:

..... Эмнэлгийн дарга /......./

Эрхтэн шилжүүлэн суулгах багийн ахлагч: /......./

Хуулийн зөвлөх: /......./

Эмчлэгч эмч: /......./

