

SAATEKIRI STATIONAARSELE ÕENDUSABI TEENUSELE nr

Reg nr.90010864

Hiiu Ravikeskus SA
Laste 1, 11613 Tallinnhooldusravi@hiiu.med.ee
Tel:+372 56 873 104
Fax: +372 56 000 193
Krüpteerimine: Hiiu Ravikeskus

Suunava tervishoiuasutuse andmed
Tervishoiuasutuse nimi:
Äriregistri kood:
Aadress:
E-posti aadress ja telefoninumber:
Arsti ees- ja perekonnanimi /registrikood:
Õe ees- ja perekonnanimi /registrikood:
Perearsti nimi ja andmed /vaj./:
Iseseiseva statsionaarse õendusabi alustamise soovituslik kuupäev:
Patsiendi andmed
Ees- ja perekonnanimi:
Isikukood:
Sünniaeg:
Sugu:
Kontaktandmed:
Registreeritud elukoha aadress /vaj./:
Patsiendi sugulaste või seadusliku esindaja andmed
Ees- ja perekonnanimi:
Isikukood:
Seos patsiendiga:
Aadress, telefoninumber, e-post:
TEENUSE OSUTAMISEKS VAJALIKUD ANDMED
Diagnoositud haiguste nimetus ja RHK-10 järgi
Põhihaigus:
Kaasuvad haigused:
Allergia olemasolu:
Teada olevad nakkushaigused:
Isolatsiooni vajadus:
Jah <input type="checkbox"/> , milline:

Ei <input type="checkbox"/>				
Teenusele saatmise eesmärk ja aegkriitilisus:				
Objektiivne leid:				
Patsiendi anamneesi ja terviseseisundi andmed ning kasutatavad ravimid				
Raviskeem				
<i>Palume patsiendi nimele väljastada retseptid kõikidele vajalikele ravimitele (va esmaabi ravimid)</i>				
Ravimid (doos, sagedus sh insuliin, antikoagulantravi jne.)	Hommik	Lõuna	Õhtu	Öö
Patsiendi haigestumisega seotud viimati tehtud uuringute vastused (sh varasemad operatsioonid), mida suunav arst peab vajalikuks märkida				
Suunava arsti poolt määratud ravi ning õe poolt hinnatud õendusabi vajadus ja sagedus				
Vajadus	Soovitav õendustegevus			Sagedus
	Raviprotseduuride teostamine			
<input type="checkbox"/>	Ravimid ja manustamine i/m, i/v, i/c, per/os, per/rectum			
<input type="checkbox"/>	Valuravi teostamine ja hindamine			
<input type="checkbox"/>	Muu sümptomaatilise ravi rakendamine			
<input type="checkbox"/>	Parenteraalne toitmine			
<input type="checkbox"/>	Haavaravi			
	Terviseseisundi jälgimine			
<input type="checkbox"/>	Elutähtsate näitajate regulaarne jälgimine: T°, RR, P, HS, SpO2, diurees, jne			
<input type="checkbox"/>	Veresuhkru mõõtmine ja hindamine			
<input type="checkbox"/>	Naha seisundi jälgimine			
<input type="checkbox"/>				
	Õendustoimingud			
<input type="checkbox"/>	Asendravi			
<input type="checkbox"/>	Haavaravi koos sidumisega			
<input type="checkbox"/>	Haavaõmbluste eemaldamine			
<input type="checkbox"/>	Naha seisundi hindamine ja lamatiste ravi ja profülaktika			
<input type="checkbox"/>	Suu ja silmade hooldus (seotud õendustoimingutega)			
<input type="checkbox"/>	Suuhügieeni teostamine			

<input type="checkbox"/>	Trahheastoomi hooldus	
<input type="checkbox"/>	Aspireerimine	
<input type="checkbox"/>	Hapnikravi	
<input type="checkbox"/>	Inhalatsioonide teostamine	
<input type="checkbox"/>	Pneumoonia profülaktika	
<input type="checkbox"/>	Vedeliku tasakaalu säilitamine ja ennetamine	
<input type="checkbox"/>	Püsikateetri hooldus	
<input type="checkbox"/>	Epitsüstostoomi hooldus ja vahetus	
<input type="checkbox"/>	Stoomi hooldus	
<input type="checkbox"/>	Perifeerse veenikanüüli hooldus	
<input type="checkbox"/>	Nasogastraalsondi paigaldamine ja hooldus	
<input type="checkbox"/>	Gastrostoomi hooldus	
<input type="checkbox"/>	Liikumisravi ja tegevusjuhendamine	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
	Patsiendiõpetus	
<input type="checkbox"/>	Meditsiiniseadmete ja abivahendite kasutamine	
<input type="checkbox"/>	Sugulaste/lähedaste juhendamine ja nõustamine	
<input type="checkbox"/>	Õenduslane nõustamine	
<input type="checkbox"/>		

Saatekirja vormistamise kuupäev:

Saatekirja kehtib alates _____ ja on kehtiv kuni _____

Arst ja õe allkiri: