**SAATEKIRI STATSIONAARSELE ÕENDUSABI TEENUSELE nr**

Hiiu Ravikeskus SA

 Laste 1, 11613 Tallinn

 Reg nr. 90010864

 hooldusravi@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 □, milline: |
|  |
| Ei □ |
| Teenusele saatmise eesmärk ja aegkriitilisus: |
|  |
| Objektiivne leid: |
|  |
| **Patsiendi anamneesi ja terviseseisundi andmed ning kasutatavad ravimid** |
|  |
|  |
|  |
| **Raviskeem***Palume patsiendi nimele väljastada retseptid kõikidele vajalikele ravimitele (va esmaabi ravimid)* |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** | **Soovitud õendustegevus** | **Sagedus** |
|  | **Raviprotseduuride teostamine** |  |
| □ | Ravimid ja manustamine i/m, i/v, i/c, per/os, per/rectum |  |
| □ | Valuravi teostamine ja hindamine |  |
| □ | Muu sümptomaatilise ravi rakendamine |  |
| □ | Parenteraalne toitmine |  |
| □ | Haavaravi |  |
|  | **Terviseseisundi jälgimine** |  |
| □ | Elutähtsate näitajate regulaarne jälgimine:T˚, RR, P, HS, SpO2, diurees, jne |  |
| □ | Veresuhkru mõõtmine ja hindamine |  |
| □ | Naha seisundi jälgimine  |  |
| □ |  |  |
|  | **Õendustoimingud** |  |
| □ | Asendravi  |  |
| □ | Haavaravi koos sidumisega |  |
| □ | Haavaõmbluste eemaldamine |  |
| □ | Naha seisundi hindamine ja lamatiste ravi ja profülaktika |  |
| □ | Suu ja silmade hooldus (seotud õendustoimingutega) |  |
| □ | Suuhügieeni teostamine |  |
| □ | Trahheastoomi hooldus |  |
| □ | Aspireerimine  |  |
| □ | Hapnikravi  |  |
| □ | Inhalatsioonide teostamine  |  |
| □ | Pneumoonia profülaktika |  |
| □ | Vedeliku tasakaalu säilitamine ja ennetamine |  |
| □ | Püsikateetri hooldus |  |
| □ | Epitsüstostoomi hooldus ja vahetus |  |
| □ | Stoomi hooldus  |  |
| □ | Perifeerse veenikanüüli hooldus |  |
| □ | Nasogastraalsondi paigaldamine ja hooldus |  |
| □ | Gastrostoomi hooldus |  |
| □ | Liikumisravi ja tegevusjuhendamine |  |
| □ |  |  |
| □ |  |  |
|  | **Patsiendiõpetus** |  |
| □ | Medistsiiniseadmete ja abivahendite kasutamine  |  |
| □ | Sugulaste/lähedaste juhendamine ja nõustamine |  |
| □ | Õendusalane nõustamine  |  |
| □ |  |  |

**Saatekirja vormistamise kuupäev:**

Saatekirja kehtib alates \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ja on kehtiv kuni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Arst ja õe allkiri:**