**SAATEKIRI ISESEISVA STATSIONAARSE ÕENDUSABI TEENUSE OSUTAMISEKS**

|  |
| --- |
| **SUUNAJA**  |
| Asutuse nimetus, aadress, e-mail |       |
| Registrinumber |       | Asutuse või arsti tegevusloa number |       |
| Suunava **arsti** ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood |       | **Õe** ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood |       |
| Suunava **arsti** e-mail ja kontakttelefon |       | **Õe** e-mail ja kontakttelefon |       |
| **SUUNATAV ASUTUS** |
| Asutuse nimetus |       |
| Tervishoiuasutuse aadress |       |
| Perearsti nimi ja kontakt-andmed (kui suunajaks on eriarst) |       |
| Soovituslik õendusabi alustamise kuupäev | vali kuupäev |
| **PATSIENT** |
| Ees- ja perekonnanimi |       |
| Isikukood |       | Vanus  |       | Sugu [ ]  M [ ]  N |
| Alalise elukoha aadress |       |
| Registreeritud elukoha aadress, kui ei kattu alalise elukoha aadressiga |       |
| Omaste või seadusliku esindaja kontaktandmed (ees- ja perekonnanimi, seos patsiendiga, e-mail, kontakttelefon) |       |
| **TERVISLIKU SEISUNDI KIRJELDUS** |
| Põhihaigus ja kood RHK10 järgi  |   |  | **.** |  |
| Kaasuvad haigused ja koodid RHK10 järgi  |  |
| Allergia  | [ ]  Eitab[ ]  Ei ole teada[ ]  Jah, ei mäleta, mille suhtes [ ]  Jah (nimetus ja mis reaktsioon)       |
| Patsiendi anamnees (sh psüühiline seisund) |       |
| Terviseseisundi andmed |  |
| Viimaste uuringute vastused (lisada kuupäev, millal tehtud) | Vereanalüüsid:       |
|  | Uriinianalüüs:       |
|  | Radioloogilised uuringud:       |
|  | Mikrobioloogiliste külvide vastused:       |

**P141/2**

|  |
| --- |
| **PRAEGUNE** **RAVI** |
| **Ravimid** (doos, sagedus sh insuliin, antikoagulantravi, inhalatsioonid) | Hommik | Lõuna | Õhtu | Öö |
| 1       vali man. viis |       |       |       |       |
| 2       vali man. viis |       |       |       |       |
| 3       vali man. viis |       |       |       |       |
| 4       vali man. viis |       |       |       |       |
| 5       vali man. viis |       |       |       |       |
| 6       vali man. viis |       |       |       |       |
| 7       vali man. viis |       |       |       |       |
| 8       vali man. viis |       |       |       |       |
| 9       vali man. viis |       |       |       |       |
| 10       vali man. viis |       |       |       |       |
| Muu sümptomaatiline ravi |       |
| **ÕENDUSABI VAJADUS** |
| **Valuraviskeem** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       | VAS       |
| **Hapnikravi**  | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Dieetravi soovitused** | [ ]  baasdieet[ ] diabeetiku dieet | [ ]  pehme toit[ ]  sonditoit | [ ]       [ ]  parenteraalne ravi       |
| **Õendusalane nõustamine** (kirjelda nõustamisvaldkonnad) | [ ]  ei vaja [ ]  vajab  |
| **Meditsiiniseadmete** alane õpetamine ja juhendamine | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Abivahendite** alaneõpetamine ja juhendamine | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Pereliikmete** õpetamine ja juhendamine | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Elutähtsate näitajate regulaarne mõõtmine ja hindamine** (märkida mõõtmise sagedus) | [ ]  kehatemperatuur      [ ]  vererõhk      [ ]  hingamissagedus       | [ ]  saturatsioon      [ ]  südame löögisagedus      [ ]  diurees       |
| **Naha seisundi jälgimine** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Haavaravi** [ ] [ ]  ei vaja | [ ]  haava asukoht      [ ]  iseloom      [ ]  sidumissagedus      [ ]  haavaravi soovitused      [ ]  haavaõmbluste eemaldamise kp: vali kuupäev | **Isoleerimisvajadus**[ ]  JAH [ ]  EI[ ]  kontaktisolatsioon[ ]  piiskisolatsioon[ ] õhkisolatsioon |
| **Lamatiste hooldus/ ravi** [ ] [ ]  ei vaja | [ ]  lamatise asukoht      [ ]  iseloom      [ ]  sidumissagedus      [ ]  lamatise hoolduse/ ravi soovitused       |
| **Suu ja silmade hooldus** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Pneumoonia profülaktika** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Asendravi** (lamatiste profülaktika) | [ ]  ei vaja [ ]  vajabPatsiendi asendi muutmise sagedus: vali õige       |
| **Dehüdratatsiooni ennetamine** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab |
| **Kusepõie kateeter** [ ] **Epitsüstostoom** [ ] [ ]  ei vaja | Paigaldamise aeg: vali kuupäevMaterjal      Hoolduse sagedus       |
|      **stoomi hooldus** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab | **Klistiiri vajadus**  | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Trahheostoomi hooldus** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab | **Aspireerimine**  | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       x ööp |
| **Perifeerne veenikanüül** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab | **Paigaldamine****Hooldamine**  | [ ]  ei vaja [ ]  vajab[ ]  ei vaja [ ]  vajab |
| **Nasogastraalsond** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Jahutavad protseduurid** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       | **Soojendavad protseduurid** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Veresuhkru mõõtmine glükomeetriga** |      x ööp |
| **Turvalise keskkonna hindamine** |       |
| **Liikumisravi ja tegevusjuhendamine** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| **Peritoneaaldialüüsi tegemine** | [ ]  ei vaja [ ]  vajab       |
| Saatekirja väljastamise kuupäev  | vali kuupäev |

**Märkused:**

1. **Õendushaiglasse tulles tuleb patsiendil kaasa võtta igapäevaselt tarvitatavad originaalpakendis ravimid ja määratud abivahendid (nt kuuldeaparaat, ortoos, stoomihooldusvahendid, põiekateetrid, glükomeetri testribad jms) (alus: Eesti Haigekassa. Õendusabiteenused haiglas ja kodus; 20.04.2015)**
2. **Õendusabi osakonda suunamisel palume patsiendi nimele väljastada retseptid kõikidele vajalikele ravimitele (v.a esmaabi ravimid).**
3. **Teavitada patsienti õendusabi omaosalusest ja tasumise kohustusest, mis tuleb ette maksta iga järgneva 10 päeva eest (ettemaksu tasumine õendusabi osakonda saabumisel).**