

Suunaja:
Äriregister:
Aadress:
Suunava arsti nimi ja kood:
Telefoni nr:

Tegevusloa nr.:
e-post:

Saatekiri koduõendusteenuse osutaja juurde

Suunatud: *Aktsiaselts Rakvere Haigla*

Aadress: *Lõuna põik 1, 44316 Rakvere*

Soovituslik koduõendusteenuse alustamise kuupäev:

Cito: jah/ei

Patsiendi andmed

Ees- ja perekonnanimi.....

Isikukood Vanus:

Elukoht:.....

Omaste või seadusliku esindaja nimi ja kontaktandmed:.....

.....

Põhidiagnoos ja RHK 10 kood:.....

.....

.....

.....

Kaasuvad diagnoosid ja RHK10 koodid:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Valu hindamine:VAS (valuskaala 0-10)palli

Valu lokalisaatsioon.....

Valuraviskeem

ravim	toimeaine	ühekordne/ päevadoos	per os	S/c	I/v	I/m	Per rec

Hinnatud õendusabi vajadus

Märkida
vajadus plussiga/märkused

elutähtsate näitajate regulaarne mõõtmine ja hindamine
(kehatemperatuur, vererõhk, hingamissagedus, saturatsioon,
pulsisagedus, diurees)

naha seisundi jälgimine, lamatiste ravi ja/või profülaktika

suu ja silmade hooldus

pneumoonia profülaktika

asendiravi

dehüdratatsiooni ennetamine

kusepõie kateterisseerimine, püsikateetri hooldus

epitsüstostoomi hooldus, vahetus

klistiiri tegemine

stoomi hooldus

haavaravi koos sidumisega

aspireerimine

trahheostoomi hooldus

perifeerse veenikanüüli paigaldamine ja hooldamine

nasogastraalsondi paigaldamine

inhalatsioonide teostamine

veresuhkru mõõtmine glükomeetriga

Haavaõmbluste/kipsi eemaldamine -kuupäev

hapnikravi 1/min

liikumisravi ja tegevusjuhendamine

muu sümptomaatilise ravi rakendamine:

.....
meditsiiniseadmete ja abivahendite kasutamise õpetamine
ja juhendamine

pereliikmete juhendamine ja õpetamine
õendusalane nõustamine

Allergia:

Kuupäev: Arsti nimi: Allkiri: