# SAATEKIRI ISESEISVALE ÕENDUSABITEENUSELE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PATSIENT** | *nimekleeps* |  |  |
| Ees- ja perekonnanimi: |  |  |  |
| Isikukood: |  |  | Vanus: |  |
| Alalise elukoha aadress: |  |  |
| Telefon: |  |  |  |
|  |  |
| **PATSIENDI ESINDAJA VÕI LÄHEDASTE KONTAKTID**  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **PEREARST**  |
| Ees- ja perekonnanimi: |  |
| Töökoht: |  |

Teenuse liik:

|  |  |
| --- | --- |
| Iseseisev statsionaarne õendusabi |  |
| Koduõendus |  |
| Geriaatriline hindamine |  |

Arstlikud diagnoosid suunamisel: kood:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Patsiendi anamnees ja terviseseisundi andmed, uuringute andmed:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Arstlik hinnang, **põhidiagnoos** (**koodiga**) teenusele suunamisel ja täpsed ravi korraldused:

i/m; per/os; s/c; i/v. Haavaravi. Valuravi teostamine ja hindamine.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kuupäev: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Suunav arst:  |  |  |  |
|  | *ees- ja perekonnanimi/nimetempel* |  | *allkiri* |

Määratud ravi ja hinnatud õendusabi vajadus:

*Täidab arst:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tegevused patsiendiga** | **Märgi +** | **Sagedus** |
| Õendusalane nõustamine |  |  |
| RR; pulsi ja saturatsiooni mõõtmine |  |  |
| Püsikateetri hooldus |  |  |
| Epitsüstoomi hooldus |  |  |
| Diureesi mõõtmine |  |  |
| Lamatiste ravi ja profülaktika |  |  |
| Asendiravi |  |  |
| Pneumoonia profülaktika |  |  |
| Klistiiri tegemine |  |  |
| Stoomi hooldus |  |  |
| Sidumine |  |  |
| Trahheostoomi hooldus |  |  |
| Aspireerimine  |  |  |
| Nasogastraalsondi paigaldamine |  |  |
| Jahutavad ja soojendavad protseduurid |  |  |
| Inhalatsioonide teostamine |  |  |
| Veresuhkru mõõtmine |  |  |
| Haavaõmbluste eemaldamine |  |  |
| Hapnikravi |  |  |
| Liikumisravi ja tegevusjuhendamine |  |  |
| Meditsiiniseadmete ja abivahendite kasutamise õpetus ja juhendamine |  |  |
| Pereliikmete juhendamine ja õpetamine |  |  |

*Täidab õde:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LIIKUMINE** | Iseseisev |  |
|  | Abivahendiga |  |
|  | Ratastoolis |  |
|  | Voodihaige |  |
| **HÜGIEEN** | Peseb iseseisvalt |  |
|  | Vajab pesemisel abi |  |
| **AINEVAHETUS/SEEDETEGEVUS** |  |  |
| Urineerimine | Kontinentne  |  |
|  | Osaliselt inkontinentne |  |
|  | Inkontinentne |  |
|  | Epitsüstoom |  |
| Roojamine | Normaalne peetus |  |
|  | Kolostoom |  |
| **SÖÖMINE** | Sööb iseseisvalt |  |
|  | Vajab söötmist |  |
|  | Neelamishäire |  |
| Õde:  |  |  |  |
|  | *ees- ja perekonnanimi/nimetempel* |  | *allkiri* |