

SAATEKIRI KODUÕENDUSTEENUSELE

PATSIENT	Eesnimi _____										
	Perekonnanimi _____										
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <div style="display: inline-block; margin-left: 10px;">Vanus _____</div>										
	Elukoht _____										
Telefoni nr _____ Patsient avab ise ukse(d): jah ei											
Kui ei, siis kontaktisiku nimi ja telefon _____											

HAIGUS	Põhihaigus _____	
	Kaasuvad haigused _____	

SUUNAMISE PÕHIJUS	Elutähtsate näitajate regulaarne mõõtmine ja hindamine		Inhalatsioonide teostamine; hapnikravi	
	Veresuhkru mõõtmine glükomeetriga		Naha seisundi jälgimine, lamatiste ravi ja/või profülaktika	
	Kusepõie kateteriseerimine, püsikateetri hooldus		Haavaravi koos sidumisega, haavaõmbluste eemaldamine haavalt	
	Epitsüstostoomi hooldus, vahetus		Stoomi hooldus	
	Pneumoonia profülaktika; asendiravi		Trahheostoomi hooldus; aspireerimine	
	Liikumisravi ja tegevusjuhendamine		Nasogastraalsondi paigaldamine	
	Dehüdratatsiooni ennetamine		Patsiendi ja pereliikmete juhendamine, õpetamine, nõustamine	
	Perifeerse veenikanüüli paigaldamine ja hooldamine		Keskonna hindamine ja vajaduse korral ümberkorraldamine	
	Ravimite manustamine: i/m, i/v, s/c, per/os, per/rectum		Muu sümptomaatilise ravi rakendamine (lisada märkustesse)	
	Valuravi			

MÄRKUSED	_____
	Koduõenduse soovitatav periood: _____
	Koduõe soovitatav külastuse sagedus (visiitide arv nädalas/kuus) _____
	Pere/raviarsti teavitamine, vaheepikriisi edastamine (märkida sagedus) _____
Allergia: EI JAH (millele) _____	
Patsiendi anamneesi, tervises seisundi ja uuringutega seonduvad andmed palume märkida saatekirja pöördel.	

RAVIMID	<i>Arsti poolt määratud ravimid ja manustamise kord:</i>

SUUNAMINE	Suunav arst _____ kood <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Allkiri/pitser														
	Asutus _____														
	Tegevusluba <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Reg.nr <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>														
Address _____															
Telefon _____ Email _____															
Õe/ämmaemanda nimi ja reg.kood _____															
Saatekirja täitmise kuupäev „_____“ _____ 20__ a.															