

SAATEKIRI KODUÕENDUSTEENUSELE

Andmed patsiendi kohta

Eesnimi _____

Perekonnanimi _____

Isikukood

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vanus _____

Elukoht _____

Telefoni nr _____

Kontaktisik (hooldaja, perekonnaliige) _____

Telefoni nr _____

Põhidiagnoos (koodiga/koodidega) _____

--	--	--	--

Kaasuvad haigused (koodiga/koodidega) _____

--	--	--	--

Koduõendusteenusele suunamise põhjus/korraldused koduõele (märkida ristikesega)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nõustamine | <input type="checkbox"/> trahheostoomia kanüüli hooldus ja aspiratsioon |
| <input type="checkbox"/> vererõhu, veresuhkru kontroll, pulsi lugemine | <input type="checkbox"/> põie püsikateetri vahetus ja episüstostoomi hooldus |
| <input type="checkbox"/> ravimite jaotamine ja manustamine | <input type="checkbox"/> perifeerse veeni kanüleerimine |
| <input type="checkbox"/> haavaravi (sidumised, lamatiste ravi ja profülaktika) | <input type="checkbox"/> arsti poolt määratud ravimite manustamine |
| <input type="checkbox"/> toitmine nasogastraalsondi kaudu | <input type="checkbox"/> asendi- ja liikumisravi |
| <input type="checkbox"/> muu (märkida) _____ | |

Allergia olemasolu

Arstlikud korraldused	Osutamise periood	Osutamise sagedus

Arsti poolt määratud ravimid	Ravimi manustamise kord

Pere-/raviarsti märkused _____

Koduõenduse soovitatav periood _____

Koduõe soovitatav külastuse sagedus (visiitide arv nädalas/kuus) _____

Perearsti/raviarsti teavitamine planeeritud JAH EI _____

Koduõelt vaheepikriis pere/raviarstile (märkida periood) _____

Suunava arsti ees- ja perekonnanimi _____

Eriala nimetus _____ kood

--	--	--	--

Aadress _____ Pitser _____

Telefoni nr _____ E-post _____

Allkiri _____

Pereõe nimi ja kontaktandmed _____

Saatekirja täitmise kuupäev " ____ " _____ 201__ a.