

SUUNAMISKIRI ÕENDUSABITEENUSELE

PATSIENT

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 tervises seisundi 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)

(allkiri)

Määratud ravi ja hinnatud õendusabi vajadus:

Täidab arst:

Tegevused patsiendiga	Märgi +	Sagedus
Õenduslane nõustamine		
RR; pulsi ja saturatsiooni mõõtmine		
Püskateetri 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		
Meditatsiooniseadmete 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)

_____ (allkiri)