

MEDENDI OÜ

Kaluri tee 5a, Haabneeme, Viimsi vald
 Tel: 652 5434; 5344 3849 Faks: 6059699
 E-post: info@medendi.ee
 www.medendi.ee
 Tegevusloa nr.: L03896
 Reg nr.: 10957733

**SAATEKIRI KODUÕENDUSTEENUSELE****Andmed patsiendi kohta**

Eesnimi _____

Perekonnanimi _____

Isikukood

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

Vanus _____

Elukoht _____

Telefoni nr _____

Kontaktisik (hooldaja, perekonnaliige) _____

Telefoni nr _____

Põhidiagnoos (koodiga/koodidega) _____	<table border="1" style="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></tr></table>				
Kaasuvad haigused (koodiga/koodidega) _____	<table border="1" style="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></tr></table>				

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.