

Väljaandja:
Akti liik:
Teksti liik:
Redaktsiooni jõustumise kp:
Redaktsiooni kehtivuse lõpp:
Avaldamismärge:

Sotsiaalminister
määrus
terviktekst
15.09.2019
Hetkel kehtiv
RT I, 12.09.2019, 5

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord

[RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

Vastu võetud 18.09.2008 nr 56

[RTL 2008, 80, 1115](#)

jõustumine 27.09.2008

Muudetud järgmiste aktidega

Vastuvõtmine	Avaldamine	Jõustumine
12.03.2009	RTL 2009, 29, 383	01.04.2009
11.12.2009	RTL 2009, 96, 1438	01.01.2010
04.01.2010	RTL 2010, 3, 51	17.01.2010
19.03.2010	RTL 2010, 14, 272	01.04.2010
13.08.2010	RT I 2010, 57, 386	01.09.2010
30.06.2011	RT I, 07.07.2011, 2	10.07.2011
19.07.2012	RT I, 25.07.2012, 1	01.09.2012
19.12.2013	RT I, 27.12.2013, 8	01.01.2014, osaliselt 01.07.2014
03.11.2014	RT I, 07.11.2014, 3	10.11.2014, osaliselt 01.07.2015
18.11.2014	RT I, 25.11.2014, 2	28.11.2014
27.07.2015	RT I, 31.07.2015, 2	03.08.2015, rakendatakse alates 01.07.2015
21.04.2016	RT I, 26.04.2016, 1	29.04.2016
15.06.2016	RT I, 22.06.2016, 20	01.07.2016
05.07.2018	RT I, 13.07.2018, 5	16.07.2018
05.03.2019	RT I, 12.03.2019, 41	15.03.2019
26.04.2019	RT I, 03.05.2019, 1	06.05.2019
10.09.2019	RT I, 12.09.2019, 1	15.09.2019

Määrus kehtestatakse [tervishoiuteenuste korraldamise seaduse](#) § 4² lõigete 3 ja 6 alusel.
[RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

1. peatükk ÜLDSÄTTED

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 1. Määruse reguleerimisala

(1) Määrusega kehtestatakse tervishoiuteenuse osutamist tõendavate andmete loetelu ning tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ja andmete säilitamise kord, tagades ühtsetest nõuetest lähtuvate andmete talletamise.

(2) Käesolev määrus ei ole kõikehõlmav ega piira tervishoiuteenuse osutajal täiendavate andmete töötlemist, kui see on vajalik tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi tagamiseks.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 1¹. Määruse kohaldamisala

Käesoleva määruse nõudeid ei kohaldata proviisori ja farmatseudi tegevuse dokumenteerimisel.
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 2. Mõisted

(1) Protseduur on käesoleva määruse tähenduses ravivõte.
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

(2) Epikriis on sünnistusabi- või haigusjuhu kokkuvõte.
[RT I, 12.09.2019, 1- jõust. 15.09.2019]

§ 3. Dokumenteerimine

(1) Tervishoiuteenuse osutajal on kohustus dokumenteerida tervishoiuteenuse osutamine, sealhulgas teenuse osutamine sidevahendite teel, järgides käesolevas määruses sätestatud andmekoosseise. Andmed dokumenteeritakse tervishoiuteenuse osutamise päeval või sellele järgneva tööpäeva jooksul, kui käesolevas määruses ei sätestata teisiti.

(2) Andmed dokumenteeritakse eesti keeles, vajaduse korral lisaks ladina keeles.

(3) Andmed dokumenteeritakse loetavalt ja korrektselt. Dokumenteerida tuleb kõik asjaolud, mis omavad tervishoiuteenuse eesmärgist tulenevalt tähtsust.

(4) Tervishoiuteenusest keeldumist tõendab patsiendi sellekohane allkiri. Allkirja andmisest keeldumise korral dokumenteeritakse keeldumine vähemalt kahe tervishoiutöötaja poolt, välja arvatud juhul kui teenuse olemusest tulenevalt osutatakse tervishoiuteenust üksi. Tervishoiuteenusest keeldumise andmeid säilitatakse tervishoiuteenuse osutamist tõendava dokumendi juures.

(5) Tervishoiuteenuse osutamise käigus kogutud andmeid, sealhulgas eriliiki isikuandmeid, töödeldakse õigusaktides sätestatud korras, tagades andmete kaitstuse.
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 3¹. Logiandmed ja säilitamine

(1) Tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemis logitakse andmete töötlemine järgmiselt:

- 1) andmetöötlemise sisu;
- 2) andmetöötleja andmed;
- 3) andmetöötlemise kuupäev ja kellaaeg.

(2) Tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemi logisid säilitatakse viis aastat.
[RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

2. peatükk DOKUMENTIDE LOETELU

§ 4. Dokumentide loetelu

(1) Käesoleva määruse tähenduses on tervishoiuteenuse osutamist tõendavad dokumendid järgmised:

- 1) tervisekaart,
- 2) õpilase tervisekaart,
- 3) rasedakaart,
- 4) saatekiri,
- 4¹) saatekirja vastus,
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]
- 5) haiguslugu,
- 5¹) sünniepikriis,
[RT I, 12.09.2019, 1- jõust. 15.09.2019, rakendatakse hiljemalt 1. septembrist 2020. a.]
- 6) kiirabikaart,
- 7) kiirabi elustamiskaart,
- 8) hambaravikaart,
- 9) elupuhuse patomorfoloogilise uuringu saatekiri,
- 10) elupuhuse patomorfoloogilise uuringu vastus,
- 11) patoanatoomilise lahangu saatekiri,
- 12) patoanatoomilise lahangu protokoll,
- 13) patoanatoomilise lahangu protokollilise väljavõtte,
- 14) [kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]
- 15) Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõte,

- 16) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll,
- 17) õenduslugu,
[RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 10.07.2011]
- 18) tervisetõend,
[RT I, 07.11.2014, 3- jõust. 10.11.2014]
- 19) surmateatis,
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]
- 20) surma põhjuse teatis,
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]
- 21) perinataalsurma põhjuse teatis.
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

(2) Dokumentidena käsitletakse ka muude seaduste alusel kehtestatud, tervishoiutöötaja vormistatud dokumente, mis sisaldavad delikaatseid isikuandmeid ning millele laienevad käesoleva määruse üldsätted.

3. peatükk

TERVISHOIUTEENUSTE DOKUMENTEERIMISE KORD JA DOKUMENTIDE VORMID

1. jagu

Tervisekaart

§ 5. Tervisekaart

(1) Tervisekaardi vormistab ambulatoorset tervishoiuteenust osutanud tervishoiutöötaja, kui käesolevas määruses ei ole sätestatud teisiti.
[RT I, 26.04.2016, 1- jõust. 29.04.2016]

(1¹) Päevaravi tervishoiuteenuse osutamisel dokumenteerib tervishoiutöötaja osutatud teenuse vastavalt käesoleva peatüki 5. jaos sätestatule, arvestades päevaravi tervishoiuteenuse eripära.
[RT I, 12.09.2019, 1- jõust. 15.09.2019]

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb tervisekaart neljast lehest. Lapse puhul vormistatakse eelnimetatud lehtedele täiendavalt ka vajalikud lisalehed.

§ 6. Tervisekaardi säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 7. Tervisekaardi esimene leht

Tervisekaardi esimene leht vormistatakse määruse lisas 1 toodud vormi kohaselt.

§ 8. Tervisekaardi esimese lehe kanded

- (1) Tervisekaardi esimesele lehele kantakse tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:
- 1) tervishoiuteenust osutava juriidilise isiku või füüsilisest isikust ettevõtja (edaspidi *tervishoiuasutus*) nimetus;
 - 2) tervishoiuasutuse tegevusloa number;
 - 3) tervishoiuasutuse aadress;
 - 4) tervishoiuasutuse e-posti aadress;
 - 5) tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi;
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
 - 6) tervishoiutöötaja eriala;
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
 - 7) tervishoiutöötaja registreerimistõendi number;
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
 - 8) tervishoiutöötaja telefoninumber ja e-posti aadress.
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
- (2) Tervisekaardi esimesele lehele kantakse patsiendi järgmised andmed:
- 1) ees- ja perekonnanimi;
 - 2) sünnipäev, -kuu ja -aasta;
 - 3) isikukood;
 - 4) alalise elukoha, vajadusel ka passijärgse elukoha aadress;

- 5) telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress;
- 6) lähtuvalt patsiendi vanusest kantakse dokumenti lasteasutuse, kooli või töökoha nimetus;
- 7) töötava patsiendi puhul kantakse dokumenti töö- ja ametikoha nimetus;
- 8) kontaktisiku nimi, telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress;
- 9) kontaktisiku elukohta aadress;
- 10) [kehtetu –RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
- 11) [kehtetu –RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
- 12) püsiva töövõimetuse korral märgitakse töövõime kaotuse protsent;
- 13) puude korral märgitakse puude raskusaste;
- 14) riikliku pensiooni liik, pensionitunnistuse number ja selle väljastaja nimetus;
- 15) üldarstiabi osutav arst kannab dokumenti patsiendi nimistusse registreerimise kuupäeva;
- 16) eriarstiabi osutav tervishoiutöötaja kannab dokumenti patsiendi perearsti ees- ja perekonnanime ning telefoninumbri;
- 17) lisateave patsiendist, mille kandmist dokumenti tervishoiutöötaja peab oluliseks.
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

§ 9. Tervisekaardi teine leht

Tervisekaardi teine leht vormistatakse määruse lisas 2 toodud vormi kohaselt.

§ 10. Tervisekaardi teise lehe kanded

Tervisekaardi teisele lehele kantakse patsiendi terviseseisundi järgmised andmed:

- 1) allergilisi reaktsioone esilekutsuvad ravimid, toiduained;
- 2) veregrupp ja Rh-kuuluvus, millekohaste andmete dokumenti kandmise aluseks peab olema veregrupi ja Rh-kuuluvuse määramist tõendav dokument;
- 3) esmakordselt diagnoositud haigused registreerimise ajalises järjekorras, kus märgitakse haigestumise kuupäev, haiguse nimetus ja kood Rahvusvahelise haiguste ja terviseiga seotud probleemide statistilise klassifikatsiooni kümnenda väljaande (edaspidi *RHK-10*) järgi, haiguse diagnoosinud tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanime ning eriala, tervishoiuasutuse nimetus;
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
- 4) pidevalt kasutatava ravimpreparaadi nimetus, toimeaine nimetus, ravimi vorm, ühekordne annus, päevane annus;
- 5) immuniseerimise kuupäev ja vaktsiini nimetus;
- 6) puude või püsiva töövõimetuse korral märgitakse arstliku ekspertiisiotsuse kuupäev ja diagnoositud haiguse nimetus ning kood RHK-10 järgi;
- 7) kui tervisekaardi esimese ja teise lehe vorme kasutatakse väljavõtte tegemiseks tervisekaardist, lisatakse selle väljastamise kuupäev, tervishoiutöötaja registreerimistõendi number ja allkiri.
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

§ 11. Tervisekaardi kolmas leht

(1) Tervisekaardi kolmas leht vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

(2) Tervisekaardi kolmas leht vormistatakse patsiendi kohta, kellel esinevad tervist kahjustavad riskitegurid ja kes töötab «Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse» mõistes ohtlikus töökeskkonnas, kus esinevad füüsilised, keemilised, bioloogilised, füsioloogilised, psühholoogilised ja muud ohutegurid.

§ 12. Tervisekaardi kolmanda lehe kanded

Tervisekaardi kolmandale lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) tervist kahjustavad riskitegurid nagu suitsetamine, keha üle- või alakaal, alkoholi, uimastite tarvitamine ja muu;
- 2) töö- ja ametikohal esinevad ohutegurid nagu müra, vibratsioon, kemikaalid, kiirgus, asbest, sundasend, raskuste tõstmine, füüsiline ja vaimne ülekoormus ning muud tervist kahjustada võivad tegurid;
- 3) tehtud kirurgilised operatsioonid (edaspidi *operatsioon*);
- 4) traumad;
- 5) haigusi ennetava tervisekontrolliga seotud toimingud.

§ 13. Tervisekaardi neljas leht

(1) Tervisekaardi neljas leht on käesoleva määruse tähenduses päeviku osa (*decursus morbi*).

(2) Tervisekaardi neljas leht vormistatakse määruse lisas 3 toodud vormi kohaselt.

§ 14. Tervisekaardi neljanda lehe kanded

(1) Tervisekaardi neljandale lehele kantakse tervishoiutöötaja vastuvõtu iseloomust sõltuvalt järgmised tervishoiutöötaja vastuvõtu andmed:

- [RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
- 1) vastuvõtu kuupäev;
 - 2) vastuvõtule pöördumise põhjus;

- 3) anamnees;
- 4) objektiivne leid;
- 5) diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 6) tervishoiutöötaja korraldusel määratud uuringud, konsultatsioonid;
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
- 7) tehtud uuringute ja konsultatsioonide tulemused;
- 8) tervishoiutöötaja korraldused, soovitusel ja suunamised, määratud ravimpreparaadi nimetus, toimeaine nimetus, ravimi vorm, ühekordne annus, päevane annus;
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
- 9) andmed naise nõustamise kohta sünnitusjärgsel perioodil käesoleva määruse lisas 32 toodud nõustamisplaani alusel.
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

(2) Tervisekaardi neljandale lehele kantakse tervishoiutöötaja väljastatud dokumentide järgmised andmed:
[RT I, 26.04.2016, 1- jõust. 29.04.2016]

- 1) töövõimetuslehe väljakirjutamisel selle number, alustamise ja lõpetamise kuupäevad, dublikaadi väljastamine; arsti või ämmaemanda otsusel töötingimuste ajutise kergendamise vajaduse või teisele tööle (ametikohale) üleviimise kohta märkida põhjus, sisu, kestus (alguse ja lõpu kuupäevad);
[RT I, 26.04.2016, 1- jõust. 29.04.2016]
- 2) retsepti väljastamisel ravimpreparaadi nimetus, kogus; haigekassa poolt kompenseerimisele kuuluva ravimi retsepti puhul ka retsepti number ja soodustuse määr;
- 3) autojuhiloa, relvaloa või muu dokumendi taotlemiseks vajaliku arstliku tõendi väljastamisel märgitakse selle nimetus, number, sisu, kehtivus.

(3) Kanne koduvisiidi kohta tehakse dokumenti hiljemalt koduvisiidile järgneva tööpäeva jooksul.

§ 15. Tervisekaardi esimene lisaleht

Tervisekaardi esimese lisalehe vormistab tervishoiutöötaja lapse tervisekaardi juurde määruse lisas 4 toodud vormi kohaselt.

[RT I, 26.04.2016, 1- jõust. 29.04.2016]

§ 16. Tervisekaardi esimese lisalehe kanded

- (1) Tervisekaardi esimesele lisalehele kantakse lapse immuniseerimise järgmised andmed:
- 1) plaanilise immuniseerimise ajakava, kus märgitakse lapse vanus, vaktsiini nimetus ja manustamise kordsus vastavalt sotsiaalministri kehtestatud korrale ning immuniseerimise kuupäev, manustatud vaktsiini annus, seeria ning immuniseerimist teinud tervishoiutöötaja allkiri ja registreerimistõendi number;
 - 2) plaanivälise immuniseerimise korral märgitakse immuniseerimise kuupäev, vaktsiini nimetus, annus ja seeria ning immuniseerimise teinud tervishoiutöötaja allkiri ja registreerimistõendi number;
 - 3) immuniseerimisel tekkinud kõrvaltoimed, immuniseerimise vastunäidustused;
 - 4) *Mantoux* reaktsiooni jälgimisel märgitakse selle tegemise kuupäev, seeria, tulemus;
 - 5) lapse tervist puudutav lisateave, mille kandmist dokumenti peab tervishoiutöötaja oluliseks.
[RT I, 26.04.2016, 1- jõust. 29.04.2016]

(2) Käesoleva paragrahvi lõike 1 punktis 1 nimetatud vaktsiinide tähistel selgitused on järgmised:

- 1) BCG – tuberkuloosivaktsiin;
- 2) PDT – läkaköha-, difteeria- ja teetanusevaktsiin;
- 3) OPV – poliomüeliidi elusvaktsiin;
- 4) MMR – leetrite, mumpsi ja punetiste vaktsiin.

§ 17. Tervisekaardi teine lisaleht

Tervisekaardi teise lisalehe vormistab perearst lapse tervisekaardi juurde määruse lisas 5 toodud vormi kohaselt.

§ 18. Tervisekaardi teise lisalehe kanded

- (1) Tervisekaardi teisele lisalehele kantakse lapse vanuse kohaselt tervisekontrolli järgmised andmed:
- 1) läbivaatuse kuupäev, vanus (kuudes), kehakaal (g), kehapikkus (cm), pea ümbermõõt (cm);
 - 2) läbivaatuse kuupäev, vanus (aastates), kehamass (kg), kehapikkus (cm), parema ja vasaku silma nägemisteravus, parema ja vasaku kõrva kuulmisteravus;
 - 3) rahhiidi ennetamine lapse 5. elupäevast, märkides kuupäeva, retsepti väljastamisel ravimpreparaadi nimetuse, toimeaine nimetuse, ravimi vormi, ühekordse annuse ja päevase annuse; kanded tehakse alates lapse kolmenädalaseks saamisest.
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

(2) Tervisekaardi teisele lisalehele kannab arst või ämmaemand vastsündinu jälgimise käigus andmed vastsündinu toitmise kohta (täielikul rinnapiimaga toitmisel; peamiselt rinnapiimaga toitmisel; segatoitmisel; kunstlikul toitmisel).

[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

§ 19. Tervisekaardi kolmas lisaleht

Tervisekaardi kolmanda lisalehe vormistab perearst lapse tervisekaardi juurde määruse lisas 6 toodud vormi kohaselt.

§ 20. Tervisekaardi kolmanda lisalehe kanded

Tervisekaardi kolmandale lisalehele kantakse lapse tervisekontrolli järgmised andmed:

- 1) ortopeediline staatus – puusaliigese kontroll lapsele vanuses 6–8 nädalat, kus märgitakse läbivaatuse kuupäev, kirjeldus, soovitus, eriarsti konsultatsioonile suunamine;
- 2) reiearteri pulss, märkides, kas pulss on palpeeritav või mitte;
- 3) testiste laskumine poeglastel, märgitakse, kas esimesel või teisel eluaastal on testised laskunud või ei ole laskunud;
- 4) fimoosi hinnangu kanne tehakse kolmandal eluaastal;
- 5) vererõhk (mmHg) – kanded tehakse alates kolmandast eluaastast;
- 6) hemoglobiini, põhivereanalüüsi tulemus – kanded mõõtmise tulemuste kohta tehakse vanuses 9–12 kuud;
- 7) psühhomotoorse arengu jälgimine.

§ 21. Tervisekaardi kaalu ja kasvu jälgimise lisaleht

Tervisekaardi kaalu ja kasvu jälgimise lisalehe vormistab üldarstiabi osutaja lapse tervisekaardi juurde järgnevalt:

[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

- 1) tütarlapse puhul kuni kaheaastaseks saamiseni määruse lisas 7 toodud vormi kohaselt;
- 2) tütarlapse puhul alates kaheaastaseks saamisest määruse lisas 8 toodud vormi kohaselt;
- 3) poeglapse puhul kuni kaheaastaseks saamiseni määruse lisas 9 toodud vormi kohaselt;
- 4) poeglapse puhul alates kaheaastaseks saamisest määruse lisas 10 toodud vormi kohaselt.

2. jagu ÕPILASE TERVISEKAART

§ 22. Õpilase tervisekaart

(1) Õpilase tervisekaardi vormistab põhi- ja keskkaridust andvas õppeasutuses õppivale õpilasele tervishoiuteenust osutav tervishoiutöötaja.

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb õpilase tervisekaart kahest lehest ja lisalehest.

[RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

(3) Pärast õpilase kooli lõpetamist või teise kooli õppima asumise tõttu või muul põhjusel koolist lahkumist edastatakse õpilase tervisekaardi väljavõtte §-s 25² nimetatud andmetega õpilasele või alaealise õpilase vanemale või seaduslikule esindajale ning nende nõusolekul ka õpilase perearstile.

[RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

§ 23. Õpilase tervisekaardi säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 24. Õpilase tervisekaardi esimese lehe kanded

(1) Õpilase tervisekaardi esimesele lehele kantakse õppeasutuse ja tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:

- 1) õppeasutuse nimetus;
- 2) õppeasutuse aadress;
- 3) tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi;
- 4) tervishoiutöötaja tegevusloa number ja e-posti aadress.

(2) Õpilase tervisekaardi esimesele lehele kantakse õpilase järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) vanus ja isikukood;
- 3) elukoha aadress;
- 4) õpilase perearsti ees- ja perekonnanimi, telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress;
- 5) õpilase kontaktisiku ees- ja perekonnanimi, elukoha aadress ja telefoninumber.

(3) Õpilase tervisekaardi esimesele lehele kantakse õpilase tervise järgmised andmed:

- 1) kroonilised haigused;

2) pidevalt kasutatava ravimpreparaadi nimetus, toimeaine nimetus, ravimi vorm, ühekordne ning päevane annus;

3) allergiliste reaktsioonide esinemine ravimitele, toidule.

(4) Õpilase tervisekaardi esimesele lehele kantakse õpilase immuniseerimise järgmised andmed:

1) immuniseerimise kuupäev, vaktsiini nimetus, annus, seeria, kinnitus vastunäidustuste puudumise kohta ning immuniseerimist teinud tervishoiutöötaja allkiri ja registreerimistõendi number;

2) immuniseerimise vastunäidustuse olemasolul selle põhjus;

3) immuniseerimise kõrvalnähtude ilmnemisel nende kirjeldus ja ilmnemise kuupäev.

[RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

(5) Tervishoiuteenuse osutaja kannab õpilase tervisekaardi esimesele lehele tema poolt oluliseks peetava lisateabe õpilase kohta.

§ 25. Õpilase tervisekaardi teise lehe kanded

Õpilase tervisekaardi teisele lehele kantakse õpilase tervisekontrolli järgmised andmed:

1) tervisekontrolli tegemise kuupv;

2) pikkus (cm) ja kehakaal (kg);

3) parema ja vasaku silma nägemisteravus;

4) parema ja vasaku kõrva kuulmisteravus;

5) hinnang luu-liigessüsteemile;

6) hinnang hambumusele;

7) puberteedi hinnang;

8) vererõhk (mmHg);

8¹) vaimse arengu hinnang;

[RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

8²) hinnang nahale ja limaskestale;

[RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

9) märkused ja soovitused, mille kandmist dokumenti tervishoiuteenuse osutaja peab oluliseks.

§ 25¹. Õpilase tervisekaardi lisalehe kanded

(1) Õpilase tervisekaardi lisalehele vormistatakse õendusplaan juhul, kui õpilasel tuvastatakse tervisealased kõrvalekalded.

(2) Õpilase tervisekaardi lisalehele kantakse õendusplaani järgmised andmed:

1) kande tegemise kuupäev;

2) õendusprobleem;

3) õendusabi eesmärk;

4) planeeritud õendustegevused;

5) teostatud õendustegevused;

6) hinnang;

7) tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

[RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

§ 25². Õpilase tervisekaardi väljavõtte kanded

Õpilase tervisekaardi väljavõttele kantakse järgmised andmed:

1) immuniseerimised;

2) allergilised reaktsioonid;

3) tervisekontrollide tulemused;

4) aktuaalsed terviseprobleemid;

5) lisateave ja soovitused edaspidiseks.

[RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

3. jagu Rasedakaart

§ 26. Rasedakaart

Rasedakaart on tervishoiuteenuse osutamist tõendav dokument, mille vormistab naise raseduse kulgu jälgiv tervishoiutöötaja alates rasedusega arvelevõtmise päevast. Rasedakaart vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

§ 27. Rasedakaardi säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 28. [Kehtetu –RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

§ 28¹. Rasedakaardi kanded

(1) Rasedakaarti kantakse tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:

- 1) tervishoiuasutuse nimetus, aadress ja tegevusloa number;
- 2) tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number; telefoninumber, e-posti aadress ning tervishoiutöötaja kutse ja eriala.

(2) Rasedakaarti kantakse patsiendi järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) isikukood, selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 3) elukohta aadress;
- 4) telefoninumber;
- 5) õppiva isiku puhul õppeasutuse nimetus;
- 6) töötava isiku puhul tööandja nimi ning ametikoha nimetus, andmed töötingimuste, ohutegurite kohta;
- 7) püsiva töövõimetus korral märgitakse töövõime kaotuse protsent;
- 8) puude korral märgitakse puude raskusaste;
- 9) riikliku pensioni liik, pensionitunnistuse number;
- 10) kontaktisiku ees- ja perekonnanimi, telefoninumber ja elukohta aadress;
- 11) kui raseduse kulgu ei jälgi raseda perearst, märgitakse dokumenti patsiendi perearsti ees- ja perekonnanimi ning telefoninumber;
- 12) ABO-veregrupp, Rh(D) kuuluvusaja erütrotsütaarsete antikehade sõeltesti tulemus, selle kande aluseks on verekaart.

(3) Rasedakaarti kantakse lapse isa järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) isikukood, selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 3) õppiva isiku puhul õppeasutuse nimetus;
- 4) töötava isiku puhul tööandja nimi ametikoha nimetus ning andmed ohutegurite kohta;
- 5) ABO-veregrupp ja Rh(D) kuuluvus, selle kande aluseks on nende määramist tõendav dokument;
- 6) eelnevalt diagnoositud kroonilised haigused;
- 7) lisateave tervise ohutegurite kohta: suitsetamine (passiivne/aktiivne), alkoholi, uimastite tarvitamine.

(4) Rasedakaarti kantakse raseda terviseseisundi järgmised andmed:

- 1) allergilisi reaktsioone esilekutsuvad ravimid, toidudained, olmetegurid;
- 2) eelnevalt diagnoositud haigused: endokrinoloogilised, südame- ja veresoonekonna, neeru- ja kuseteede, hingamisteede, seedeelundkonna, naiste-, nakkus-, pärilikud haigused;
- 3) eelnevalt tehtud operatsioonid;
- 4) eelnevalt tehtud vereülekanded;
- 5) lisateave tervise ohutegurite kohta: suitsetamine (aktiivne/passiivne), alkoholi, uimastite tarvitamine; peresisene väärkohtlemine.

(5) Rasedakaarti kantakse eelnenud raseduse ja sünnituse järgmised andmed:

- 1) aasta;
- 2) raseduse kulgu;
- 3) sünnitusjärgse perioodi kulgu;
- 4) sünnitus: ajaline, enneaegne (nädal), ülekantud (nädal);
- 5) sünnituse kulgu ja tüsistused;
- 6) sündinud lapse sugu ja kaal;
- 7) laps elab: jah, ei;
- 8) imetamise kestus;
- 9) abort (nädal, raseduse kestus): heidend, artifitsiaalne;
- 10) emakaväline rasedus;
- 11) imetamise alustamise kohta: täielikult rinnapiimaga toitmisel, segatoitmisel, kunstlikul toitmisel;
- 12) ema/isa ja lapse varase kontakti kohta (varane nahk-naha kontakt esimese kahe elutunni jooksul vähemalt 1 tund; eraldatud emapoolsetel näidustustel, eraldatud lapsepoolsetel näidustustel, muu).

(6) Rasedakaarti kantakse rasedusega arvelevõtmise järgmised andmed:

- 1) menstruaatsioonitsükli anamnees;
- 2) viimase menstruaatsiooni alguse kuupäev;
- 3) raseduse suurus nädalates;
- 4) loote esimeste liigutuste kuupäev ja rasedusnädal;
- 5) oletatav sünnitamise kuupäev;
- 6) naise kehakaal (kg) enne rasestumist ja pikkus (cm);
- 7) naise raseduseelne kehamassiindeks (BMI).

(7) Rasedakaarti kantakse igal vastuvõtul järgmised andmed:

- 1) vastuvõtu kuupäev;

- 2) rasedusnädal;
- 3) kehakaal (kg) ja kaaluivve (kg);
- 4) tursete ja varikooside esinemine;
- 5) vererõhk mõõdetuna paremal ja vasakul käel (mmHg);
- 6) emakapõhja kõrgus;
- 7) kõhu ümbermõõt (soovi korral);
- 8) loote seis;
- 9) loote südamelöögid;
- 10) loote liigutused.

(8) Käesoleva paragrahvi lõike 7 punktides 8–10 nimetatud andmed kantakse rasedakaarti alates raseduse II trimestrist.

(9) Rasedakaarti kantakse analüüside ja uuringute kohta järgmised andmed:

- 1) uuringud ja analüüsid: hemoglobiin veres (Hb); valk, glükoos ja sade uriinis; erütrotsütaarsed antikehad (vajadusel antikehade tiiter); süüfilise RPR; immuunpuudulikkuse viiruse (HIV), *Neisseriae gonorrhoeae* ja *Chlamydia Trachomatise* uuringud; alfa-fetoproteiin (α FP); PAP; HbsAg;
- 2) ultrahelileiu kirjeldus.

(10) Rasedakaarti kantakse teiste arstide ja spetsialistide konsultatsioonid: perearst, sisearst, silmaarst, hambaarst, psühholoog jt.

(11) Rasedakaarti kantakse gravidogrammi andmed: biparietaalmõõt (mm), emakapõhja kõrgus (cm).

(12) Rasedakaarti kantakse vaginaalse staatuse jälgimise järgmised andmed:

- 1) kuupäev;
- 2) rasedusnädal;
- 3) leiu kirjeldus.

(13) Rasedakaarti kantakse ravi, korraldused, soovitusel rasedale.

(14) Rasedakaarti kantakse sünnituslehe järgmised andmed: alustamise ja lõpetamise kuupäevad, seeria tähis ning number.

(15) Rasedakaarti kantakse sünnituse kuupäev, lapse sugu, kehakaal (g), pikkus (cm), Apgari hinne.

(16) Rasedakaarti kannab ämmaemand andmed nõustamise kohta raseda arvele võtmisel, raseduse esimesel, teisel ja kolmandal trimestril käesoleva määruse lisas 32 toodud nõustamisplaani järgi.
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

4. jagu Saatekiri ja saatekirja vastus

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 29. Saatekiri, selle koostamine ja edastamine

(1) Saatekiri on tervishoiuteenuse osutamise käigus tervishoiutöötaja otsuse alusel vormistatav dokument või andmete kogum, mis on aluseks patsiendi saatmisel uuringule, protseduurile, lahangule või ambulatoorsele või statsionaarsele tervishoiuteenust saama ning patsiendilt võetud proovimaterjali edastamisel uuringuks või analüüsiks ja patsiendi terviseandmete edastamisel e-konsultatsiooniks, arvestades käesolevas paragrahvis nimetatud piirangutega.

(2) Õde koostab saatekirja üksnes järgmistel juhtudel:

- 1) iseseisvas õendusabis võib õde lähtuvalt teenuse sisust vormistada saatekirja arsti vastuvõtule patsiendi seisundi hindamiseks varem määratud ravi- ja/või uuringuplaani ümberhindamiseks, laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse;
- 2) ambulatoorses eriarstias võib õde lähtuvalt teenuse sisust vormistada saatekirja patsiendi tagasisuunamiseks raviarsti vastuvõtule patsiendi seisundi hindamiseks varem määratud ravi- ja/või uuringuplaani ümberhindamiseks, laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse;
- 3) üldarstias võib õde lähtuvalt teenuse sisust vormistada saatekirja laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse.

(3) Iseseisvas ämmaemandusabis vormistab ämmaemand saatekirja lähtuvalt teenuse sisust üksnes juhul, kui patsient suunatakse arsti vastuvõtule patsiendi seisundi hindamiseks varem määratud ravi- ja/või uuringuplaani ümberhindamiseks, laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse ning uuringutele

saatmiseks vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 26²lõike 3 alusel sätestatud teenuse osutamise tingimustel ja korras.

(4) Vajaduse korral võib saatekirja kasutada informatsiooni edastamiseks ka juhul, kui patsiendile on antud suunis pöörduda erakorralise meditsiini osakonda.

(5) Saatekiri koostatakse elektrooniliselt, välja arvatud saatekiri patoanatomilisele lahangule. Kui isikul puudub kehtiv identifitseeriv tunnus, väljastatakse patsiendile elektrooniliselt koostatud saatekirja väljatrükk. Kui saatekirja ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel elektrooniliselt koostada, koostatakse saatekiri paberil ja tehakse vastav märge selle väljastamise kohta.

(6) Saatekiri kinnitatakse saatekirja koostaja allkirjaga. Elektroonilise dokumendi puhul võib digitaalse allkirjastamise asendada asutuse digitaalse templiga, kui on eristatav selle koostanud isik.

(7) Saatekiri, välja arvatud saatekiri patoanatomilisele lahangule, edastatakse tervise infosüsteemi. Kui saatekirja ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel tervise infosüsteemi edastada, tehakse seda esimesel võimalusel alates põhjuse äralangemisest.

(8) Paberil väljastatud saatekiri peab sõltuvalt teenuse eripärast kajastama vähemalt käesoleva määruse § 30 lõigetes 1, 3 ja 4 sätestatud andmeid ja teisi teenusega seotud olulisi andmeid.

(9) Saatekiri ei ole nõutav, kui statsionaarsele tervishoiuteenusele suunamine toimub vältimatu abi korras sama raviasutuse sees.

(10) Patoanatomilisele lahangule saatmisel kohaldatakse käesoleva määruse 10. jao sätteid.
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 30. Saatekirja andmekoosseis ja nõuetekohane täitmine

(1) Saatekirjaga ambulatoorsele vastuvõtule, haiglaravile, õendusabi saama või e-konsultatsioonile (edaspidi *teenus*) saatmisel on kohustuslik saatekirjale märkida:

- 1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu ja kontaktandmed);
- 2) saatekirja koostaja andmed (asutuse ja tervishoiutöötaja andmed);
- 3) saatekirja üldandmed, sealhulgas saatekirja unikaalne kood, saatekirja kinnitamise aeg, saatekirja kehtivuse algus- ja lõppkuupäev, arvestades patsiendi terviseseisundit ja teenuse olemust;
- 4) anamneesi andmed;
- 5) diagnoosi andmed;
- 6) teenuse nimetus, kuhu isik saadetakse, sealhulgas saatmise eesmärk ja aegkriitilisus;
- 7) e-konsultatsiooni osutava tervishoiuteenuse osutaja andmed (asutuse andmed).

(2) Saatekirjale märgitakse lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud andmetele teenuse eripärast tulenevad andmed:

- 1) selle tervishoiuteenuse osutaja andmed, kelle juurde patsient suunatakse;
- 2) objektiivne leid;
- 3) varasemad uuringud, sealhulgas varasemad operatsioonid;
- 4) allergiad ja ravimiskeem;
- 5) patsiendi kontaktisiku ja/või esindaja andmed (seos patsiendiga, ees- ja perekonnanimi, kontaktandmed);
- 6) muud teenuse osutamiseks vajalikud andmed;
- 7) teadaolevad nakkushaiguste esinemise ja haigustega seotud ohutegurid.

[RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

(3) Iseseisvale statsionaarsele õendusabiteenusele ja koduõendusteenusele saatmisel on lisaks käesoleva paragrahvi lõigetes 1 ja 2 nimetatud andmetele kohustuslik märkida järgmised andmed:

[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

- 1) raviprotseduuride teostamise vajadus ja sagedus;
- 2) patsiendi nõustamise vajadus;
- 3) terviseseisundi dünaamika jälgimise vajadus ja sagedus;
- 4) haiguspuhuste õendustoimingute vajadus ja sagedus;
- 5) patsiendi terviseseisundi ülevaade.

[RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

(4) Uuringule saatmisel on kohustuslik saatekirjale märkida:

- 1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu ja kontaktandmed);
- 2) saatekirja koostaja ja/või uuringu tellija andmed;
- 3) saatekirja üldandmed (dokumendi unikaalne kood, saatekirja kinnitamise aeg);
- 4) anamnees ja terviseseisundi andmed;
- 5) uuringule suunamise andmed (uuringu nimetus, selle tervishoiuteenuse osutaja andmed, kelle juurde patsient või proovimaterjal suunatakse, saatmise eesmärk).

(5) Saatekirjale märgitakse lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 4 nimetatud andmetele uuringu eripärast tulenevad andmed:

- 1) diagnoosi andmed;

- 2) varem tehtud uuringud;
- 3) proovinõu, proovimaterjali ja proovi võtmise andmed, sealhulgas proovimaterjali võtmise aeg, proovinõu või uuringu identifikaator, proovimaterjali tüüp, proovinõu tüüp, uuringu paige, uuringumaterjali fikseerimise viis (10%-line formaliin, erifiksaator, fikseerimata);
- 4) patomorfoloogilise kiiruuringu andmed, vajaduse korral ka opereeriva arsti ees- ja perekonnanimi ning telefoninumber;
- 5) muud uuringu tegemiseks vajalikud andmed, sealhulgas proovimaterjali võtmise meetod ja operatsiooni nimetus.

(6) Saatekirja juurde kuuluv proovimaterjal märgistatakse proovinõu või uuringu identifikaatoriga.

(7) Saatekirja täpsem andmekoosseis lähtuvalt teenuse eripärast on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel kehtestatud määruises.

(8) Tervishoiuteenuse osutajal on õigus nõuda mittenõuetekohase saatekirja koostajalt selle täiendamist. Saatekirja koostajal on kohustus saatekirja vastavalt täiendada. Saatekirja täiendamise nõue ei või takistada patsiendile tervishoiuteenuse osutamist.
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 31. Saatekirja vastuseks antav dokument, selle koostamine ja edastamine

(1) Saatekirja vastus on tervishoiuteenuse osutamise käigus vormistatav dokument või andmete kogum, mis on vastuseks käesoleva määruise §-s 29 nimetatud toimingutele või patoanatomilisele lahangule.

(2) Ambulatoorse või statsionaarse tervishoiuteenuse korral on saatekirja vastuseks antav dokument epikriis, mis on koostatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 kohaselt, välja arvatud käesoleva määruise §-s 97 nimetatud lahangu protokollil väljavõtte kanded.

(3) E-konsultatsioonile, uuringule ja protseduurile suunamise korral on saatekirja vastuseks käesoleva määruise §-s 32 nimetatud andmekoosseisuga dokument. Patoanatomilise lahangu saatekirja vastus koostatakse käesoleva määruise §-s 95 sätestatud korras.

(4) Saatekirja vastus koostatakse elektrooniliselt. Kui isikul puudub kehtiv identifitseeriv tunnus, väljastatakse patsiendile koostatud saatekirja vastuse väljatrükk. Kui saatekirja vastust ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel elektrooniliselt koostada, koostatakse saatekirja vastus paberil ja tehakse vastav märge selle väljastamise kohta.

(5) Saatekirja vastus kinnitatakse koostaja allkirjaga. Elektroonilise dokumendi puhul võib digitaalse allkirjastamise asendada asutuse digitaalse templiga, kui on eristatav selle koostanud isik.

(6) Saatekirja vastus, välja arvatud patoanatomilise lahangu protokollil väljavõtte, edastatakse tervise infosüsteemi. Kui saatekirja vastust ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel tervise infosüsteemi edastada, tehakse seda esimesel võimalusel alates põhjuse äralangemisest.

(7) Paberil väljastatud saatekirja vastus peab kajastama vähemalt käesoleva määruise § 32 lõikes 1 sätestatud andmeid ja teisi olulisi andmeid, arvestades osutatud teenuse eripära ja olemust. Patoanatomilise lahangu protokollil väljavõtte peab kajastama käesoleva määruise §-s 97 sätestatud.
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 32. Saatekirja vastuse andmekoosseis

(1) Saatekirja vastus vormistatakse järgmises andmekoosseisus, arvestades osutatud teenuse eripära ja olemust:

- 1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu ja kontaktandmed);
- 2) saatekirja koostaja andmed (tervishoiuasutuse ja tervishoiutöötaja andmed);
- 3) saatekirja unikaalne kood;
- 4) saatekirja vastuse koostaja andmed (tervishoiuasutuse ja tervishoiutöötaja andmed);
- 5) saatekirja vastuse üldandmed (unikaalne kood, kinnitamise aeg);
- 6) teenuse osutamise kuupäev;
- 7) tehtud uuringu tulemuse ja/või teenuseosutaja otsuse andmed;
- 8) uuringu tegija ja/või hindaja andmed (asutuse ja tervishoiutöötaja andmed).

(2) Saatekirja vastusele märgitakse lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud andmetele teenuse eripärast tulenevad andmed:

- 1) laboriuuringu puhul referentsväärtus või otsustuspiir ja võimaluse korral tulemuse tõlgendus;
- 2) labori- ja patomorfoloogilise uuringu proovimaterjali andmed, sealhulgas proovimaterjali võtmise aeg, proovimaterjali tüüp, proovinõu või uuringu identifikaator, proovimaterjali adekvaatsuse hinnang ja proovimaterjali tagasilükkamise põhjus;

[RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

3) patomorfoloogilise uuringu puhul vajaduse korral patoloogi soovitusel diagnoosi täpsustamiseks ja lisauuringuteks;

4) muud teenuse osutamiseks vajalikud andmed;

5) laboriuuringu puhul uuringu kinnitamise või tühistamise mäрге ja mäрге selgitused.

[RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

(3) E-konsultatsioonile, uuringule ja protseduurile suunamisel antava saatekirja vastuse täpsem andmekoosseis on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel kehtestatud määruises.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 32¹. Saatekirja ja saatekirja vastuse säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

5. jagu Haiguslugu

§ 33. Haiguslugu

Haiguslugu on statsionaarse tervishoiuteenuse osutamist tõendav dokument, mis koosneb järgnevatest osadest:

- 1) üldosa;
- 2) anamnees;
- 3) päevik;
- 4) epikriis;
- 5) konsultatsioonid;
- 6) anesteesia kaart;
- 7) intensiivravi jälgimisleht;
- 8) TISS-leht;
- 9) patsiendi verekaart;
- 10) verekomponendi tellimine ja transfusiooniprotokoll;
- 11) transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll;
- 12) operatsiooniprotokoll;
- 13) erakorralise meditsiini osakonna patsiendikaart;
- 14) [kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]
- 15) [kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]
- 16) [kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]
- 17) statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi valdusest äravõetud keelatud ainete ja esemete leht; [RT I, 25.07.2012, 1- jõust. 01.09.2012]
- 18) statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi suhtes rakendatud ohjeldusmeetmete leht. [RT I, 25.07.2012, 1- jõust. 01.09.2012]

§ 34. Haigusloo vormistamine

(1) Haiguslugu vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta.

(1¹) Haigusloo vormistamine ei ole kohustuslik määruise § 106²lõike 1 punktis 2 nimetatud juhul, kui patsiendile vormistatakse õenduslugu.

[RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 10.07.2011]

(2) [Kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

(2¹) Määruise paragrahvi 33 punktides 1–4 toodud haigusloo osad vormistatakse iga haigusloo puhul, punktides 5–13 toodud osad vormistatakse sellekohase tervishoiuteenuse osutamisel.

[RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

(2²) Määruise § 33 punktides 17 ja 18 toodud haigusloo osad vormistatakse statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi suhtes sellekohaste meetmete rakendamisel.

[RT I, 25.07.2012, 1- jõust. 01.09.2012]

(3) Patsiendi haiglast väljakirjutamisel või teise haiglasse üleviimisel haiguslugu lõpetatakse.

§ 35. Haigusloo säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 36. Haigusloo üldosa

(1) Haigusloo üldosa (edaspidi *üldosa*) vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta.

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb üldosa kahest lehest. Esimene leht vormistatakse määruse lisas 15 ja teine leht määruse lisas 16 toodud vormi kohaselt.

§ 37. Üldosa esimese lehe kanded

(1) Üldosa esimesele lehele kantakse tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:

- 1) haigla nimetus;
- 2) haigla tegevusloa number;
- 3) haigla aadress;
- 4) haigla e-posti aadress.

(2) Üldosa esimesele lehele kantakse haigusloa number tervishoiuteenuse osutaja kehtestatud numeratsiooni alusel.

(3) Üldosa esimesele lehele kantakse patsiendi järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) isikukood või selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 3) alalise elukoha, vajadusel ka passijärgse elukoha aadress;
- 4) telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress;
- 5) lähtuvalt patsiendi vanusest kantakse dokumenti lasteasutuse, kooli või töökoha nimetus;
- 6) kontaktisiku nimi, telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress;
- 7) kontaktisiku elukoha aadress;
- 8) riikliku pensioni liik, pensionitunnistuse number ja selle väljastaja nimetus;
- 9) [kehtetu –RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
- 10) [kehtetu –RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

(4) Üldosa esimesele lehele kantakse patsiendi haiglaravile suunanud arsti ees- ja perekonnanimi ning eriala nimetus.

(5) Üldosa esimesele lehele kantakse olenevalt haiguse ägedusest või kroonilisusest orienteeruv ajavahemik haigestumise algusest, võimalusel tundides, päevades, kuudes või aastates.

(6) Üldosa esimesele lehele kantakse patsiendi haiglas viibimise järgmised andmed:

- 1) kanne patsiendi haiglasse võtmise kohta, kas plaanilise või erakorralise haigena;
- 2) kanne patsiendi haiglas viibimise kohta, kas esmakordselt või korduvalt sama haigusega;
- 3) patsiendi haiglasse saabumise, osakonna vahetamise kuupäev, kellaeg, osakonna nimetus ja palati number.

(7) Üldosa esimesele lehele kantakse patsiendile teadaolevalt allergilisi reaktsioone esilekutsuvad ravimid, toiduained.

(8) Üldosa esimesele lehele kantakse patsiendi haiglast lahkumisel, kas haiglas viibimine lõppes:

- 1) tervistumisega;
- 2) paranemisega;
- 3) muutusteta terviseseisundiga;
- 4) halvenenud terviseseisundiga;
- 5) teise haiglasse üleviimisega, märkides haigla nimetuse;
- 6) surmaga, märkides surmaaaja.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

(9) Üldosa esimesele lehele kantakse töövõimetuslehe väljakirjutamisel selle number, alustamise ja lõpetamise kuupäevad.

[RT I, 26.04.2016, 1- jõust. 29.04.2016]

§ 38. Üldosa teine leht

(1) Üldosa teisele lehele kantakse patsiendi statsionaarsele ravile suunanud arsti diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi.

(2) Üldosa teisele lehele kantakse patsiendi haiglaravile vastu võtnud arsti diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi.

(3) Üldosa teisele lehele kantakse diagnooside järgmised andmed:

- 1) kliiniline diagnoos – haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 2) lõplik kliiniline diagnoos – põhihaigus, põhihaiguse tüsistus, kaasuva haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi.

(4) Üldosa teisele lehele kantakse operatsiooni tegemise korral operatsiooni järgmised andmed:

- 1) toimumine plaanilises korras (PL) või erakorraliselt (E);

- 2) nimetus ja kood Põhjamaade Meditsiinistatistika Komitee kirurgiliste protseduuride klassifikatsiooni (edaspidi *NCSP*), Eesti Haigekassa poolt tervishoiuteenuste eest tasumisel aluseks oleva hinnakirja (edaspidi *haigekassa hinnakiri*) või DRG-de (*Diagnosis Related Group*) järgi;
- 3) toimumise kuupäev;
- 4) alustamise ja lõpetamise kellaeg;
- 5) kirurgi ees- ja perekonnanimi;
- 6) kirurgi assistendi ees- ja perekonnanimi;
- 7) anesteesia liik ja kood haigekassa hinnakirja järgi;
- 8) anesteesioloogi ees- ja perekonnanimi;
- 9) operatsioonijärgne tüsistus.

(5) Patsienti ravinud ja haigusloo lõpetanud arsti ees- ja perekonnanimi ning allkiri, samuti osakonnajuhataja ees- ja perekonnanimi ning allkiri.

§ 39. Haigusloo anamneesi osa

- (1) Haigusloo anamneesi osa (edaspidi *anamnees*) vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta.
- (2) Anamnees vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

§ 40. Anamneesi kanded

Anamneesi kantakse järgmised andmed:

- 1) patsiendi kaebused ja haiguse anamnees (*anamnesis morbi*);
- 2) eluanamnees (*anamnesis vitae*);
- 3) pidevalt kasutatava ravimpreparaadi nimetus, toimeaine nimetus, ravimi vorm, ühekordne annus, päevane annus;
- 4) objektiivne uurimine (*status praesens objectivus*);
- 5) erialaspetsiifiline lokaalne staatus (*status localis*);
- 6) esialgselt diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 7) kavandatav uuringute plaan;
- 8) kavandatav raviplaani;
- 9) vormistamise kuupäev, selle vormistanud arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri;
- 10) [kehtetu -RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 41. Haigusloo päeviku osa

- (1) Haigusloo päeviku osa (edaspidi *päevik*) vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta.
- (2) Päevik (*decursus morbi*) vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.
- (3) Päevikusse teeb arst kande olulise teabe kohta tehtud protseduuridest, terviseseisundi muutustest, raviplaani muutustest. Kanne tehakse samal päeval, märkides iseloomustatava perioodi alguse ja lõpu kellaaja.

§ 42. Haigusloo epikriisi osa

- (1) Haigusloo epikriisi osa (edaspidi *epikriis*) vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta. Epikriis on kokkuvõtlik väljavõtte haigusloost, milles kajastub kõnealuse haigusjuhu dünaamika, lähtudes arsti käsutuses olevast sellekohasest teabest.
- (2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb epikriis kahest lehest. Esimene leht vormistatakse määruse lisas 17 ja teine leht määruse lisas 18 toodud vormi kohaselt.
- (3) Haiglaravi osutaja tagab epikriisi edastamise perearstile, kelle nimistusse patsient kuulub, ning täiendavalt ka patsiendi ravile suunanud tervishoiuteenuse osutajale, kui statsionaarsele ravile suunaja ei olnud perearst.
- (4) Surmaga lõppenud haigusjuhu korral, kui surnule tehakse lahang, vormistab arst epikriisi pärast patoanatomilise lahangu protokollilise väljavõtte saamist.

§ 43. Epikriisi esimese lehe kanded

Epikriisi esimesele lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) haigusloo number;
- 2) haigla nimi;
- 3) haigla tegevusloa number;
- 4) haigla telefoninumber ja e-posti aadress;
- 5) haigla osakonna nimetus, kus haiguslugu lõpetatakse;
- 6) patsiendi ees- ja perekonnanimi;
- 7) patsiendi isikukood, selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 8) patsiendi elukoha aadress;
- 9) patsiendi haiglasse saabumise ja haiglast välja kirjutamise kuupäevad;

- 10) Eesti Haigekassa arvestuses tasumise aluseks olevate voodipäevade arv;
- 11) kliiniline diagnoos, märkides põhihaiguse, põhihaiguse tüsistuse, kaasuva haiguse nimetused ja koodid RHK-10 järgi;
- 12) diagnoosi põhjendus, haiguse kulu iseloomustus;
- 13) kokkuvõtte tehtud uuringutest, protseduuridest;
- 14) kokkuvõtte patsiendi ravist.

§ 44. Epikriisi teise lehe kanded

Epikriisi teisele lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) operatsiooni korral selle nimetus ja kood DRG, NCSP või haigekassa hinnakirja järgi;
- 2) operatsiooni toimumisel kuupäev ja anesteesia liik;
- 3) patsiendi tervise seisundi hinnang haiglast väljakirjutamisel;
- 4) režiimi- ja ravialased soovitusel edasiseks raviks;
- 5) soovitusel taastusraviks;
- 6) töövõimetuslehe väljakirjutamisel selle number, alustamise ja lõpetamise kuupäevad; [RT I, 26.04.2016, 1- jõust. 29.04.2016]
- 7) tervise seisundist tingitud töökorralduse või töökeskkonna ajutise või alalise muutmise vajadusel selle põhjus, sisu, kestus (alguse ja lõpu kuupäevad);
- 8) konsultatsiooniks eriarsti vastuvõtule pöördumise kokkuleppeline aeg;
- 9) epikriisi vormistamise kuupäev;
- 10) epikriisi vormistanud arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

§ 45. Haigusloo konsultatsioonide osa

(1) Haigusloo konsultatsioonide osa (edaspidi *konsultatsiooni leht*) vormistatakse sellekohase tervishoiuteenuse osutamisel.

(2) Konsultatsiooni leht vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

(3) Konsultatsiooni lehe vormistab konsulteerinud arst.

(4) Kanne konsultatsiooni lehele tehakse konsultatsiooni toimumise päeval.

§ 46. Konsultatsiooni lehe kanded

Konsultatsiooni lehele kantakse järgnevad andmed:

- 1) konsultatsiooni otsus;
- 2) konsulteerimise kuupäev;
- 3) konsulteerinud arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

§ 47. Haigusloo anesteesia kaardi osa

(1) Haigusloo anesteesia kaardi osa (edaspidi *anesteesia kaart*) vormistatakse iga patsiendi kohta, kellele anesteesia tehakse, sõltumata anesteesia liigist.

(2) Anesteesia kaart vormistatakse Eesti Anestesioloogide Seltsi poolt soovitatud (edaspidi *EAS*) vormi kohaselt, isekopeerival paberil.

(3) [Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 48. Anesteesia kaardi kirjed

(1) Anesteesia kaarti kantakse patsiendi järgmised andmed:

- 1) patsiendi ees- ja perekonnanimi;
- 2) patsiendi sugu (M – mees, N – naine);
- 3) patsiendi pikkus (cm), kaal (kg) ja vanus;
- 4) riisiko ASA klassifikatsiooni (*American Society of Anesthesiologists Classification System*) järgi, märkides kaarti sellekohaselt 1, 2, 3, 4, 5, 6; erakorralise operatsiooni puhul lisatakse täht E;
- 5) diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 6) operatsiooni nimetus ja kood DRG, NCSP või haigekassa hinnakirja järgi.

(2) Anesteesia kaarti kantakse anestesioloogi, anesteesiaõde ning opereeriva kirurgi ees- ja perekonnanimed.

(3) Anesteesia kaarti kantakse anesteesia kuupäev, haige operatsioonituppa saabumise ja sealt lahkumise kella-aeg, anesteesia ja operatsiooni alguse ning lõpu kellaajad.

(4) Anesteesia kaarti kantakse tehtud premedikatsioon.

(5) Anesteesia kaarti kantakse patsiendi eelneva uurimise andmed:

- 1) süstoolne ja diastoolne arteriaalne vererõhk, pulsisagedus;
- 2) veregrupp ja Rh-kuuluvus;
- 3) allergia esinemine;
- 4) laboratoorsete ja kliiniliste uuringute tulemused: hemoglobiin, hematokrit, naatrium ja kaalium vereseerumis, veresuhkur, kreatiniin, urea, üldvalk, vere hüübivuse näitajad; tähtsamad andmed EKG, ehkardiograafia ja teiste uuringute kohta;
- 5) kasutatavad ravimid.

(6) Anesteesia kaarti kantakse anesteesia käigus kasutatud ravimi nimetus, manustatud annus, manustamise aeg, koguannus.

(7) Regionaalnesteesia korral märgitakse anesteesia kaarti blokaadi kõrgus.

(8) Anesteesia kaarti kantakse anesteesia käigus jälgitavad parameetrid maksimaalselt kümneminutilise intervalliga:

- 1) pulsisagedus;
- 2) süstoolne ja diastoolne arteriaalne vererõhk;
- 3) pulssoksümeetria;
- 4) kapnograafia;
- 5) hapniku kontsentratsioon gaasisegus;
- 6) kehatemperatuur koos mõõtmiskohaga;
- 7) tsentraalne venoosne rõhk;
- 8) tsentraalse hemodünaamika jälgimine: südame minutimaht, südame indeks, kopsuarteri rõhk, kopsuarteri kiilurõhk, segavenoosse vere O₂ saturatsioon.

(9) Anesteesia kaarti kantakse narkoosiaparaadi dosimeetrite näidud ja hingamisaparaadi režiim.

(10) Anesteesia kaarti kantakse hinnatava verekaotuse, mõõdetud diureesi ja muude väliste vedelikukadude andmed.

(11) Anesteesia kaarti kantakse operatsiooni käigus tehtud laboratoorsete uuringute andmed.

(12) Anesteesia kaarti kantakse anesteesia liik vastavalt EAS klassifikatsioonile.

(13) Anesteesia kaarti kantakse anesteesia käigus tekkinud probleemid ja tüsistused vastavalt EAS klassifikatsioonile.

(14) Anesteesia kaarti kantakse haige teadvuse, lihaskõndluse ja hemodünaamika seisund üleviimisel osakonda.

(15) Haige viibimise ajal ärkamisruumis jätkatakse anesteesiakaardi täitmist.

(16) Anestesioloog allkirjastab anesteesia kaardi.

§ 49. Haigusloo intensiivravi jälgimislehe osa

(1) Haigusloo intensiivravi jälgimislehe osa (edaspidi *intensiivravi jälgimisleht*) vormistatakse iga patsiendi kohta, kes viibib intensiivriivil. Intensiivravi jälgimisleht vormistatakse iga jälgimisel viibitud päeva kohta.

(2) Intensiivravi jälgimisleht vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

§ 50. Intensiivravi jälgimislehe kanded

(1) Intensiivravi jälgimislehele kantakse patsiendi järgmised andmed:

- 1) patsiendi ees- ja perekonnanimi;
- 2) patsiendi sugu (M – mees, N – naine);
- 3) patsiendi pikkus (cm), kaal (kg) ja vanus;
- 4) diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 5) operatsiooni nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 6) veregrupp ja Rh-kuuluvus;
- 7) allergilised reaktsioonid;
- 8) jälgimisel viibimise kuupäev, operatsiooni järgse päeva ja/või intensiivravi päeva järjekorranumber.

(2) Intensiivravi jälgimislehele kantakse patsiendi raviarsti ees- ja perekonnanimi ning haigusloo number.

(3) Intensiivravi jälgimislehele kantakse ajalise jälgimise käigus järgmised andmed:

- 1) arteriaalne vererõhk (mmHg);
- 2) temperatuur (kraadides Celsiuse järgi);
- 3) pulsisagedus (lööki minutis);
- 4) saturatsioon – SpO₂;
- 5) südame rütm;
- 6) süstoolne, diastoolne ja keskmine arteriaalne rõhk;

7) tsentraalne venoosne rõhk;
8) tsentraalse hemodünaamika parameetrid: südame minutimaht, südame indeks, kopsuarteri kiilurõhk, vaskulaarne resistentsus.

(4) Intensiivravi jälgimislehele kantakse ajaliselt ja koguseliselt infusioon- ja transfusioonravi andmed: manustatava infusioonilahuse ja verepreparaadi nimetus, ravimi vorm, manustatud ühekordne annus, manustamisviis ja manustamise aeg.

(5) Intensiivravi jälgimislehele kantakse manustatud ravimpreparaadi nimetus ja/või toimeaine nimetus, manustatud ühekordne annus, manustamisviis ning manustamise aeg.

(6) Intensiivravi jälgimislehele kantakse ajaliselt ja koguseliselt enteraalse toitmise andmed.

(7) Intensiivravi jälgimislehele kantakse ajaliselt ja koguseliselt eritumiste andmed:

- 1) diureesi kaudu;
- 2) nasogastraalsondi kaudu;
- 3) dreenide kaudu;
- 4) *faeces*, oksendamine.

(8) Vähemalt korra ööpäevas arvutatakse ja kantakse intensiivravi jälgimislehele organismi vedelikubilansi andmed.

(9) Intensiivravi jälgimislehele kantakse vereanalüüside andmed:

- 1) hemoglobiin (Hb);
- 2) hematokrit (Hct);
- 3) elektrolüüdid;
- 4) veresuhkur;
- 5) happe-leelistasakaal;
- 6) veregaasid.

(10) Intensiivravi jälgimislehele kantakse järgmised neuroloogilise monitooringu andmed:

- 1) *Glasgow*’ kooma skaala: silmade avamine (spontaanne – 4, häälele – 3, valule – 2, puudub – 1); sõnaline kontakt (orienteeritud – 5, segane – 4, ebaadekvaatsed sõnad – 3, arusaamatu hääle – 2, puudub – 1); mootorika (täidab korraldusi – 6, lokaliseerib valu – 5, jäsme äratõmme – 4, painutab – 3, sirutab – 2, puudub – 1);
- 2) pupilli reaktsioon (pupill millimeetrites, P – parem, V – vasak; pupilli valgusreaktsioon, P – parem, V – vasak);
- 3) intrakraniaalne rõhk;
- 4) valuskoor (VAS).

(11) Intensiivravi jälgimislehele kantakse ajaliselt järgmised protseduuride ja uuringute andmed:

- 1) sidumine;
- 2) trahhea aspiratsioon;
- 3) O₂ filtri vahetus;
- 4) respiraatori hingamisvoolikute vahetus;
- 5) infusioonisüsteemide vahetus;
- 6) perfuusori liinide vahetus;
- 7) otsese arteriaalse rõhu süsteemide vahetus;
- 8) kopsuarteri kateetri vahetus;
- 9) hingamisharjutused, ravivõimlemine, liikumisravi;
- 10) patsiendi hügieeni toimingud;
- 11) aktiivne soojendamine või jahutamine;
- 12) EKG, radioloogilised ja muud uuringud ning protseduurid.

(12) Intensiivravi jälgimislehele kantakse ajaliselt kopsude ventilatsiooni järgmised andmed:

- 1) FiO₂/O₂ liitrit minutis;
- 2) hingamisrežiim, muudetavate parameetrite väärtused;
- 3) intubatsioonitoru sügavus;
- 4) intubatsioonitoru või trahheekanüüli manseti rõhk (cm H₂O).

(13) Intensiivravi jälgimislehele kantakse järgmiste paiknemistega kanüülide ja kateetrite nimetused, täpne paiknemiskoht ning paigaldamise kuupäevad:

- 1) perifeerse veeni kanüül;
- 2) arteri kanüül;
- 3) tsentraalveeni kanüül;
- 4) kopsuarteri kateeter;
- 5) intubatsioonitoru;
- 6) trahheotoomia kanüül;
- 7) epiduraalkateeter;

- 8) põiekateeter;
- 9) epitsüstostoom;
- 10) nasogastraalsond.

(14) Valvearst kannab intensiivravi jälgimislehele oma ees- ja perekonnanime ning allkirja.

(15) Valveõde kannab intensiivravi jälgimislehele oma ees- ja perekonnanime ning allkirja.

§ 51. Haigusloo TISS-lehe osa

(1) Haigusloo TISS-lehe (*Therapeutic Intervention Scoring System*) osa (edaspidi *TISS-leht*) vormistatakse iga patsiendi kohta, kes viibib intensiivravil. TISS-leht vormistatakse iga jälgimisel viibitud päeva kohta.

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb TISS-leht kahest lehest. Esimene leht vormistatakse määruse lisas 19 ja teine leht määruse lisas 20 toodud vormi kohaselt.

(3) TISS-leht on aluseks intensiivravil viibiva patsiendi tervises seisundi raskusastme hindamisele, millel kajastatakse intensiivravi osakonnas läbiviidud tegevusi. Ühte tegevust kajastatakse ühel real.
[RTL 2009, 29, 383- jõust. 01.04.2009]

§ 52. TISS-lehe esimese lehe kanded

(1) TISS-lehe esimesele lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) haigusloo number;
- 2) osakond;
- 3) patsiendi nimi ja vanus, isikukood;
- 4) haiguse diagnoos ja kood RHK-10 järgi;
- 5) dokumenti vastutaja;
- 6) hindamise kuupäev ja kellaaeg.

(2) TISS-lehe esimesele lehele kantakse hingamise kohta sõltuvalt patsiendiga tehtavatest toimingutest järgmised andmed:

A. Hingamine

- 1) aparaadihingamine intubeerituna või trahheostomeerituna üle kuue tunni, sõltumata ventilatsioonirežiimist;
- 2) aparaadihingamine intubeerituna või trahheostomeerituna alla kuue tunni, sõltumata ventilatsioonirežiimist;
- 3) lihaskõõlastite kasutamine patsiendi paremaks adaptatsiooniks aparaadihingamisega (siia ei kuulu intubatsiooniks kasutatav relaksant);
- 4) mitteinvasiivne ventilatsioon, kaasa arvatud CPAP ventilatsioon. Kui patsient on sama ööpäeva jooksul eelnevalt olnud alla 6 tunni intubeerituna või trahheostomeerituna aparaadihingamisel, siis kasutada käesolevat punkti. Kui patsient on sama ööpäeva jooksul eelnevalt olnud üle 6 tunni intubeerituna või trahheostomeerituna aparaadihingamisel, siis kasutada käesoleva lõike punkti 1. Käesoleva lõike punkti 1, 2 ja punkti 4 üheaegselt märkida ei saa;
- 5) erakorraline trahhea intubatsioon haigla tingimustes, välja arvatud intubatsioon anesteesia läbiviimiseks operatsioonitoas. Siia loetakse ka intubatsioonitoru ja trahheostoomia kanüüli vahetus;
- 6) trahheostoomia 48 tunni jooksul sõltumata selle tegemise kohast (kahel päeval 2 punkti);
- 7) regulaarne trahhea aspiratsioon (sealhulgas ülemiste hingamisteede aspiratsioon vastsündinutel) vähemalt 4 korda ööpäevas. Teostamine peab olema märgitud ka intensiivravi jälgimislehel;
- 8) intubeeritud või trahheostomeeritud patsient spontaanhingamisel ilma aparaadita, olenemata sellest, millal patsient on intubeeritud või trahheostomeeritud. Käesolevat punkti ei saa kasutada paralleelselt käesoleva lõike punktidega 1, 2 või 4;
- 9) trahhea kanüüli või intubatsioonitoru hooldus mansetirõhu mõõtmisega ja intubatsioonitoru sügavuse kontrolliga. Tegevus peab olema märgitud intensiivravi jälgimislehel;
- 10) O₂ lisa sissehingatavas õhus, kui kasutatakse hapnikumaski või ninasondi. Käesolevat punkti ei täideta, kui on täidetud käesoleva lõike punkt 1, 2 või 4;
- 11) hingamise füsioteraapia, ravimi inhalatsioon kui aktiivsele puhumisele ja kõhimizele lisatakse võimlemine, kloppimine, korduvad inhalatsioonid ja ninaneelu aspiratsioon. Tegevus peab olema märgitud intensiivravi jälgimislehele;
- 12) ventilatsioon kõhuli asendis, kehtib aparaadihingamisel olevate intubeeritud või trahheostomeeritud patsientide puhul;
- 13) surfaktantravi, kehtib kuni 24 tundi pärast viimast doosi.

(3) TISS-lehe esimesele lehele kantakse sõltuvalt patsiendiga tehtavatest toimingutest hemodünaamika ja intravenoosete ravimite kohta järgmised andmed:

B. Hemodünaamika ja intravenoossed ravimid

- 1) intraaortaalne kontrapulsatsioon jt vereringet abistavate seadmete kasutamine;
- 2) töötav kardiostimulaator, asünkroonsel või *demand*-režiimil;
- 3) väljalülitatud olekus ajutine kardiostimulaator;
- 4) rohkem kui ühe vasoaktiivse või inotroopse aine infusioon – dopamiin, dobutamiin, adrenaliin, noradrenaliin, fenüülefriin, dopeksamiin, enoksimoon, milrinoon, levosimendaan, nitroglütseriin, nitroprussiid, nimodipiin, prostatsükliin, prostaglandiin E II, labetalool jt;

- 5) ühe vasoaktiivse või inotropse aine infusioon – dopamiin, dobutamiin, adrenaliin, noradrenaliin, fenüülefriin, dopeksamiin, enoksimoon, milrinoon, levosimendaan, nitroglütseriin, nitroprussiid, nimodipiin, prostasükliin, prostaglandiin E II, labetalool jt;
- 6) elektriline kardioversioon, k.a söögitorukaudne südamerütmi ülestimulatsioon (nn TASS);
- 7) antiarütmikumi püsiinfusioon – amiodaroon, lidokaiin, propafenoon jt. Kui antiarütmikumi kasutatakse ainult boolussüstena, siis kasutada käesoleva lõike punkti 10;
- 8) kiirküllastus digitaalse preparaadiga – arvestatakse kiirküllastust (24 tunni jooksul) digitaalse preparaadidega doosis 8–10 mikrog/kg/ööpäevas. Arvestatakse 48 tunni jooksul digitaliseerimise alustamisest;
- 9) forsseeritud diurees eriolukordades, näiteks mürgistuste, neerupuudulikkuse, ägeda aju- või kopsuturse korral, mille puhul intravenoosselt manustatud furosemiidi üle 1 mg/kg/ööpäevas, torasemiidi üle 30 mg ööpäevas või kasutatud mannitooli infusiooni;
- 10) intravenoosne ravim väljaspool regulaarseid korraldusi – ravim määratud hetkeseisundit arvestades, näiteks verapamiil supraventrikulaarne tahhükardia korral, furosemiid oligouuria korral jt;
- 11) kolm ja enam antibiootikumi, antimükootikumi ja viirusevastast preparaati raviskeemis;
- 12) üks kuni kaks antibiootikumi, antimükootikumi, viirusevastast preparaati;
- 13) parenteraalselt manustatud tsütostaatikum;
- 14) regulaarsed intravenoossed ravimid; vähemalt üks ravim, mis on patsiendile määratud regulaarselt (välja arvatud antibiootikumid, kristalloid- ja sünteetiliste kolloidlahuste infusioon – need märgitakse teiste punktide all).

(4) TISS-lehe esimesele lehele kantakse sõltuvalt patsiendiga tehtavatest toimingutest monitooringu, kanüülide ja kateetrite kohta järgmised andmed:

C. Monitooring, kanüülid ja kateetrid

- 1) kopsuarteri kateeter – kõik tüübid on võrdsed (termodilutsioon, SvO₂);
- 2) tsentraalse hemodünaamika monitooring: südame minutimahu korduv või pidev mõõtmine sõltumata meetodikast (termodilutsioon, pulsskontuuranalüüs, ultraheli vms);
- 3) arteriaalse rõhu invasiivne monitooring;
- 4) veregaasid, elektrolüüdid ja muud biokeemilised analüüsid neli ja enam korda 24 tunni jooksul, sõltuvalt tegemise kordadest, mitte analüüsise vastuste summast;
- 5) veregaasid, elektrolüüdid ja muud biokeemilised analüüsid kuni kolm korda 24 tunni jooksul;
- 6) tsentraalse veeni kateeter, tsentraalse venoosse rõhu mõõtmine tsentraalveeni kateetri abil;
- 7) kaks või enam perifeerset veenikanüüli;
- 8) üks perifeerne veenikanüül;
- 9) arteriaalse vererõhu mitteinvasiivne mõõtmine, südame löögisageduse ja hemoglobiini saturatsiooni jälgimine. Andmed peavad olema dokumenteeritud jälgimislehel vähemalt kolmetunnise intervalliga;
- 10) epiduraalkateetri kasutamine koos ravimi manustamisega;
- 11) intensiivravi osakonnas tehtud ehokardiograafia, ultraheli- ja röntgenuuringud;
- 12) intraabdominaalse rõhu mõõtmine ja dokumenteerimine (vähemalt kaks korda ööpäevas) või mao limaskesta pCO₂ määramine;
- 13) peaaegu oksügenisatsiooni (Hgb saturatsioon jugulaarveenis, NIRS jt) ja/või biopontentsiaalide (EEG, BIS jt) jälgimine. Peavad olema dokumenteeritud intensiivravi jälgimislehel vähemalt üks kord 3 tunni jooksul. [RTL 2009, 29, 383- jõust. 01.04.2009]

§ 53. TISS-lehe teise lehe kanded

(1) TISS-lehe teisele lehele kantakse haigusloo number ja järgmised patsiendi parenteraalse toitmise, infusioonravi, elektrolüütide tasakaalu häirete kohta käivad andmed:

D. Parenteraalne toitmine, infusioonravi, elektrolüütide häired

- 1) parenteraalne toitmine vähemalt kahe komponendiga järgnevast kolmest – süsivesikute lahus, aminohapete lahus ja rasvhapete lahus;
- 2) metaboolse alkaloosi või atsidoosi ravi, kaasa arvatud NaHCO₃ manustamine. Eeldab vere happelustasakaalu määramist;
- 3) kaaliumi infusioon üle ühe mmol/kg ööpäevas;
- 4) intensiivravi haige välise vedelikubilansi arvestamine ja dokumenteerimine jälgimislehel üle ühe korra ööpäevas;
- 5) intensiivravi haige välise vedelikubilansi arvestamine ja dokumenteerimine jälgimislehel üks kord ööpäevas;
- 6) enteraalne sonditoitmine;
- 7) infusioonravi üle põhivajaduse – täiskasvanul enam kui 40 ml/kg ööpäevas, kusjuures arvestatakse kõik infusioonilahused summaarselt, lastel eakohasest normist enam;
- 8) infusioonravi põhivajaduse piires.

(2) TISS-lehe teisele lehele kantakse sõltuvalt patsiendiga tehtavatest toimingutest kirurgiliste protseduuride kohta järgmised andmed:

E. Kirurgilised protseduurid

- 1) kõik erakorralised operatsioonid ja invasiivsed protseduurid, mis on tehtud viimase 24 tunni jooksul intensiivravil viibival patsiendil (laparotoomia, intrakraniaalse rõhu anduri paigaldus, perkutaanne koronarograafia, angioplastika, kardiostimulaatori implantatsioon jt). Välja arvatud perifeerse veeni ja

arteri punktsioon või kanüleerimine, tsentraalveeni ja kopsuarteri kanüleerimine, nasogastraalsondi, põie- ja epiduraalkateetri paigaldamine;

- 2) bronhoskoopia ja muud endoskoopiad (sh söögitorukaudne ehk kardiograafia);
- 3) perikardi- või pleuraõõne punktsioon või dreeneerimine;
- 4) pleura ja mediastiinumi dreendid, passiivne või aktiivne aspiratsioon dreenidest reguleeritud rõhureguleeritud hõrendusega/vaakumiga (gofreeritud lõõtsa kasutamisel antud punkti ei täideta);
- 5) ortopeedilised venitused, kaasa arvatud kaela fikatsioon;
- 6) korduvad sidumised – kirurgilise haava, dreenide väljumiskoha, arteri/tsentraalveeni punktsioonikoha korduvad sidumised, mida tehakse rohke haavaerituse tõttu. Arteriaalse juhtkanüüli eemaldamine protseduuri järel (perkutaanne angioplastiline protseduur, perkutaanne koronaarinterventsioon, intraaortaalne kontrapulsator jne). Peavad olema dokumenteeritud;
- 7) plaanipärased sidumised – kirurgilise haava, dreenide väljumiskoha, arteri/tsentraalveeni punktsioonikoha plaanipärased sidumised. Peavad olema dokumenteeritud;
- 8) lamatiste ennetamine – kõik juhud, kui kasutatakse lokaalseid või asendiga seotud võtteid lamatise ennetamiseks (regulaarne liikumatu patsiendi pööramine vähemalt kolme tunni järel, samuti eriotstarbelised madratsid ja voodid). Peab olema dokumenteeritud;
- 9) fistlite, stoomide ja passiivsete haavadreenide loputus ning hooldus – passiivsed dreendid kõhuõõnes või mõnes muus piirkonnas, välja arvatud rindkere õõnes;
- 10) nasogastraalsond, ka üksnes enteraalseks toitmiseks;
- 11) aparaadiringamisel oleva intensiivravihaige või laialdase põletuspinnnaga põletushaige dušš;
- 12) kehaõõne või suure haavapinna lavaaž mediastiniidi, peritoniidi ja kopsuempüeemi ravis.

(3) TISS-lehe teisele lehele kantakse sõltuvalt patsiendiga tehtavatest toimingutest verejooksu ja hüpovoleemia ravi kohta järgmised andmed:

F. Verejooksu ja hüpovoleemia ravi

- 1) rõhuga transfusioon massiivse vereülekande korral, kus kiiruse saavutamiseks kasutatakse rõhukotti või teisi vahendeid;
- 2) trombotsüütide ülekande;
- 3) maoloputus jääkülma veega verejooksu peatamiseks;
- 4) tamponaad Sengstaken-Blakemore'i sondiga söögitoru veenilaiendite verejooksu peatamiseks;
- 5) erütrotsüütide suspensiooni, värskest külmutatud plasma või vereplasmast valmistatud preparaate (albumiin, hüübimisfaktorid jt) ülekande olenemata kogusest. Siia ei kuulu sünteetilised plasmaasendajad. Väljaspool intensiivravi osakonda teostatud verepreparaatide ülekannet siia ei märgita, küll aga arvestatakse ööpäevase vedelikubilanssi hulka.

(4) TISS-lehe teisele lehele kantakse sõltuvalt patsiendiga tehtavatest toimingutest neuroloogia, neurokirurgia, elustamise kohta järgmised andmed:

G. Neuroloogia, neurokirurgia, elustamine

- 1) intrakraniaalse rõhu monitooring;
- 2) kontrollitud hüpotermia, st kehatemperatuuri langetamine ja säilitamine alla 35 °C sõltumata meetodikast. Ei täideta spontaansel jahtumisel;
- 3) elustamine eelneva 48 tunni jooksul. Arvestatakse 48 tunni jooksul toimunud elustamist sõltumata selle tegemise kohast (kaasa arvatud ainult südame defibrillatsioon vatsakeste fibrillatsiooni korral);
- 4) analgosedatsioon, krambivastased ravimid, barbituraatnarkoos – arvestatakse pidevat või sagedat ravimi intravenoosset manustamist, mitte ühekordseid süsteid;
- 5) Glasgow' kooma skaala, analgosedatsiooni skoori (Ramsay jt) ja/või VAS-i hindamine ja dokumenteerimine vähemalt 6 tunni järel.

(5) TISS-lehe teisele lehele kantakse sõltuvalt patsiendiga tehtavatest toimingutest muu tegevuse kohta järgmised andmed:

H. Muud

- 1) erakorraline hemodialüüs, hemofiltratsioon, pidev venovenosne või arteriovenosne hemodialüüs, terapeutiline plasmaferees või terapeutiline verevahetus. Loetakse kõik põhihaigusest või selle tüsistustest tingitud protseduurid;
- 2) krooniline dialüüs sõltumata intensiivravile sattumise diagnoosist; haige on dialüüsiravil juba enne intensiivravile tulekut;
- 3) peritoneaaldialüüs;
- 4) trombolüüs – intravenosne või kindlasse veresoonda (kopsuarter jt) manustatud trombolüütilised preparaadid (streptokinaas või koe plasminogeeni aktivaator). Märgitakse kuni 24 tunni jooksul pärast manustamist;
- 5) intravenosne antikoagulantravi või antiagregantravi koos aPTT või ACT kontrolliga vähemalt 6 tunni järgi või anti-Xa kontrolliga vähemalt 1 kord päevas (vastündinute puhul aPTT kontroll vähemalt 1 kord päevas);
- 6) krooniline antikoagulantravi või süvaveeni tromboosi profülaktika (kaasa arvatud madalmolekulaarne hepariin);
- 7) haige aktiivne soojendamine või jahutamine, vastündinu kuvöös;
- 8) põie püsikateeter koos diureesi mõõtmise ja dokumenteerimisega. Väikelastel kuni 1. eluaastani ka mähkmete kaalumise;
- 9) fototeraapia;
- 10) korduvad maoloputused mürgistuste ravis. Ei täideta kui loputamine jääkülma veega verejooksu korral;
- 11) enneaegne vastündinu (st sündinud kuni 37-nda gestatsiooninädalani) kuni kolme kuu vanuseni;
- 12) sünnikaal alla 1500 grammi, sündinud kuni 40-nda gestatsiooninädalani, kasutatav kuni kolme kuu vanuseni;

13) hüponatreemia ravi või hüpernatreemia ravi, kui vereseerumi Na⁺ on ≤120 mmol või ≥156 mmol/l. Ka hüpertoonilise NaCl lahuse infusioon teistel näidustustel (intrakraniaalse rõhu kontroll);

14) väljaspool intensiivravi osakonda tehtud uuringud patsiendil, kes vajab aparaadihingamist, vasoaktiivseid ravimeid ja/või on teadvusetus seisundis.

[RTL 2009, 29, 383- jõust. 01.04.2009]

§ 54. Haigusloo patsiendi verekaardi osa

(1) Haigusloo patsiendi verekaardi osa (edaspidi *verekaart*) vormistatakse iga patsiendi kohta, kellele osutatakse sellekohast tervishoiuteenust.

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb verekaart kahest lehest. Esimene leht vormistatakse määruse lisas 21 ja teine leht määruse lisas 22 toodud vormi kohaselt.

§ 55. Verekaardi esimene leht

(1) Haigla osakonnas, kus patsient ravil viibib, kantakse verekaardi esimesele lehele järgmised andmed:

- 1) haigla nimetus;
- 2) patsiendi ees- ja perekonnanimi;
- 3) patsiendi sugu;
- 4) patsiendi isikukood või selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 5) haigusloo number, osakonna nimetus;
- 6) diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 7) osakonnas määratud esmane veregrupp;
- 8) varasemad veretoodete transfusioonid, transfusioonireaktsioonid, immuunantikehad, rasedused, abordid anamneesis;
- 9) vereproovi võtmise kuupäev;
- 10) vereproovi võtnud õe või bioanalüütiku ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri;
- 11) patsienti raviva arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

(2) Laboris kantakse verekaarti järgmised andmed:

- 1) haigla või verekeskuse laboris määratud patsiendi veregrupp, RhD-kuuluvus, antikehade olemasolu;
- 2) analüüside tegemise aeg, bioanalüütiku ees- ja perekonnanimi ning allkiri;
- 3) täiendava analüüsi vastus koos selle tegemise aja, bioanalüütiku ees- ja perekonnanime ning allkirjaga.

§ 56. Verekaardi teise lehe kanded

Verekaardi teisele lehele kantakse sobivusproovide tulemused, doosi number, proovi tegemise aeg ja tulemused.

§ 57. Haigusloo veretoote tellimise ja transfusiooniprotokolli osa

(1) Haigusloo veretoote tellimise ja transfusiooniprotokolli osa (edaspidi *veretoote tellimise ja transfusiooniprotokoll*) vormistatakse iga patsiendi kohta, kellele osutatakse sellekohast tervishoiuteenust.

(2) Veretoote tellimise ja transfusiooniprotokoll vormistatakse verekaarti täiendava dokumendina.

(3) Käesoleva määruse tähenduses koosneb veretoote tellimise ja transfusiooniprotokoll kahest lehest. Esimene leht vormistatakse määruse lisas 23 ja teine leht määruse lisas 24 toodud vormi kohaselt.

§ 58. Veretoote tellimise ja transfusiooniprotokolli esimene leht

Veretoote tellimise ja transfusiooniprotokolli esimesele lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) haigla nimetus;
- 2) patsiendi ees- ja perekonnanimi, isikukood või sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 3) diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi või transfusiooni põhjus;
- 4) tellitav veretoode: erütrotsüütide suspensioon – doosides või kogus ml; suspensiooni ülekande või eeldatava verekaotusega operatsiooni aeg, erütrotsüütide suspensiooni kiire tellimise erivariandid – 0 Rh negatiivse vere või sobimatu vere tellimus; värskelt külmutatud plasma koos sulatamisajaga; krüopretsipitaat; trombotsüütide kontsentraat, muu toode;
- 5) veretoote tellija ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri;
- 6) vereproovid võtnud õe või bioanalüütiku ees- ja perekonnanimi;
- 7) väljastatud veretooded, veregrupi kontrollid, sobivusproovide tegemine, võimalik transfusioonireaktsioon;
- 8) laboritestide tegemise aeg, tegija ees- ja perekonnanimi ning allkiri.

§ 59. Veretoote tellimise ja transfusiooniprotokolli teine leht

(1) Veretoote tellimise ja transfusiooniprotokolli teisele lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) transfusiooni kuupäev;

- 2) transfusiooni teinud osakonna nimetus;
- 3) transfusiooni alguse ja lõpu kellaajad;
- 4) transfusiooni ajal iga poole tunni järel mõõdetud patsiendi kehatemperatuur ja vererõhk;
- 5) transfusioonijärgselt iga tunni järel patsiendi mõõdetud kehatemperatuur ja vererõhk kolme tunni jooksul;
- 6) uriini kontroll, märkides koguse, värvuse;
- 7) transfusiooni ajal ja selle järgselt patsiendi jälgimise eest vastutava õe ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

(2) Veretoote tellimise ja transfusiooniprotokolli teisele lehele kleebitakse üle kantud veretoodete etiketid, millele märgitakse transfusiooni eest vastutava arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

§ 60. Haigusloo transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll osa

(1) Haigusloo transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll osa (edaspidi *transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll*) vormistatakse iga patsiendi kohta, kellel on tekkinud transfusioonijärgne reaktsioon.

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll kahest lehest. Esimene leht vormistatakse määruse lisas 25 ja teine leht määruse lisas 26 toodud vormi kohaselt.

§ 61. Transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll esimese lehe kanded

(1) Transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll esimesele lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) haigla nimetus;
- 2) osakonna nimetus;
- 3) patsiendi ees- ja perekonnanimi;
- 4) patsiendi isikukood või selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 5) transfusiooni kuupäev, alustamise ja lõpetamise kellaaeg;
- 6) transfusioonijärgse reaktsiooni alguse kellaaeg;
- 7) tekkinud reaktsiooni sümptomid: õhupuudus, rinnavalu, seljavalu, nimmevalu, peavalu, iiveldus, külmavärinad, higistamine, hingeldamine, hüpotensioon, kehatemperatuuri tõus, kalduvus veritsusele, oligouria, anuuria, urtikaaria, kudede turse, naha punetamine, muud sümptomid; hinnang seerumile visuaalselt enne ja pärast reaktsiooni, hinnang uriinile visuaalselt;
- 8) sümptomite kanded teinud tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi ning allkiri;
- 9) transfusiooni eest vastutava arsti määratud täiendav laboratoorne analüüs, kui on vaja selgitada reaktsiooni põhjust või tekkemehhanismi, märkides sellekohaste analüüside tulemused (vere hemoglobiini sisaldus enne ja pärast transfusiooni, seerumis – vaba hemoglobiin, bilirubiin, haptoglobiin, methemalbumiin, immuunglobuliin A; uriinis – hemoglobinuuria, hematuria, müoglobinuuria; seroloogilised analüüsid – patsiendi transfusioonieelsest ja -järgsest vereproovist veregrupp, Rh-kuuluvus, IAT, DAT, doonori veregrupp ja Rh-kuuluvus, sobivusproov);
- 10) otsus reaktsiooni olemasolu kohta: kas oli või ei olnud tegemist transfusioonireaktsiooniga, lisades reaktsiooni nimetuse ja koodi määruse § 62 kohaselt.

(2) Transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll esimesele lehe allosas olevale teatise osale märgitakse haigla ja osakonna nimetus, haigusloo number, veretoote nimetus, doosi number, transfusiooni kuupäev, reaktsiooni kood määruse § 62 kohaselt. Vahetu hemolüütilise reaktsiooni korral lisatakse transfusioonieelne ja -järgne vereproov, ülekantud toodete jäägid ning koopiad verekaardist, veretoodete tellimislehest, transfusiooniprotokollist ja reaktsiooniprotokollist.

(3) Transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll teatise osa lõigatakse ära ja saadetakse nõustavale verekeskusele reaktsiooni registreerimiseks.

§ 62. Transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll teine leht

Transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll teisel lehel antakse transfusioonijärgsete reaktsioonide nimetused ja koodid järgnevalt:

1) anafülaktiline reaktsioon – kood 400.

Esineb IgA puudulikkusega patsientidel, kes on varasemate veretoodete transfusioonide järgselt sensibiliseerunud IgA suhtes. Uuel kokkupuutel IgA-ga tekib anafülaksia. Reaktsioon tekib kohe ülekande alguses;

2) vahetu hemolüütiline reaktsioon – kood 401.

Tekib sellise doonorivere ülekandel, milles sisalduva antigeeni suhtes on patsiendi seerumis antikehad juba olemas ning AK+AG vallandab hemolüüsi. Hemolüüs võib olla intravasaalne (näiteks vale grupi veretoote transfusioon ABO süsteemis ja Kidd-süsteemi antikehade korral) või ekstravasaalne (näiteks Rh-, Duffy- ja Kell-süsteemi antikehade korral). Reaktsioon tekib kohe transfusiooni alguses või selle ajal;

3) septiline reaktsioon – kood 402.

Veretoode on bakteriaalselt saastunud. Transfusiooni tulemusena tekib septitseemia. Reaktsioon tekib kohe transfusiooni alguses või selle ajal;

4) temperatuurireaktsioon – kood 403.

Patsient on varasemate transfusioonide või raseduste käigus sensibiliseerunud võõraste leukotsüütide suhtes.

Uus kokkupuude doonori leukotsüütidega vallandab järsu kehatemperatuuri tõusu üle 1 °C 0,5–1 tund peale ülekande algust, mis kestab 2–6 tundi ja peaks mööduma 10 tunni jooksul;

5) transfusiooniga seotud äge kopsukahjustus (TRALI) – kood 404.
Veretoode (plasma, täisveri) sisaldab leukotsüütide vastaseid antikehi, mis reageerivad patsiendi leukotsüütidega kopsudes. Sümptomaatikaltsarnaneb täiskasvanute respiratoorsele distress-sündroomile. Tekib transfusiooni ajal;

6) urtikaaria jm kergemad allergilised reaktsioonid – kood 405.

Patsient on sensibiliseerinud millegi veretootes sisalduva suhtes. Reaktsioon tekib kohe transfusiooni alguses või selle ajal;

7) tsirkulatoorne ülekoormus – kood 500.

Tekib veretoote liiga kiirel või rohkel transfusioonil, kui tegemist on väga noore, väga vana või normovoleemilise patsiendiga;

8) hilinevad hemolüütiline reaktsioon – kood 406.

Doonorivere ülekande järgselt tekib patsiendi sensibiliseerumine mingi selles sisaldunud antigeeni suhtes. Tekib 1–3 nädala jooksul pärast transfusiooni;

9) transfusioonijärgne purpura (PTP) – kood 407.

Patsiendil tekivad pärast doonori trombotsüütide transfusiooni antitrombotsütaarsed antikehad nii doonori kui ka oma trombotsüütide suhtes. Tekib 1 kuni 2 nädalat pärast ülekannet;

10) transplantaat «peremehe» vastu (GvH) – kood 408.

Immuunpuudulikkuse seisundis olevat patsienti ründavad doonori lümfotsüüdid. Ilmneb 2–3 nädalat pärast transfusiooni;

11) haigustekitajate ülekande – kood 600.

Veretoodetega on oht üle kanda mitmeid haigustekitajaid. Olulisemad: inimese immuunpuudulikkuse viirus (HIV), B- ja C-hepatiidi viirus, süüfilise tekitaja, herpesviirus, tsütomegaloviirus, parvoviirus. Haigus ilmneb nädalaid kuni aastaid pärast ülekannet.

§ 63. Haigusloo operatsiooniprotokolli osa

(1) Haigusloo operatsiooniprotokoll (edaspidi *operatsiooniprotokoll*) vormistatakse iga patsiendi kohta, kellele osutatakse sellekohast tervishoiuteenust.

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb operatsiooniprotokoll ühest lehest ja vormistatakse määruse lisas 27 toodud vormi kohaselt.

§ 64. Operatsiooniprotokolli kanded

Operatsiooniprotokolli kantakse järgmised andmed:

- 1) patsiendi ees- ja perekonnanimi;
- 2) patsiendi vanus ja isikukood;
- 3) diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 4) operatsiooni nimetus ja kood DRG, NCSP või haigekassa hinnakirja järgi;
- 5) operatsiooni alustamise ja lõpetamise kellaeg;
- 6) kirurgi ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number;
- 7) kirurgi assistentide ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number;
- 8) anestezioloogi ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number;
- 9) operatsiooni ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number;
- 10) tehtud operatsiooni kirjeldus;
- 11) operatsiooni tegemise kuupäev;
- 12) operatsiooniprotokolli vormistaja nimi ja allkiri.

§ 65. Haigusloo erakorralise meditsiini osakonna patsiendikaardi osa

(1) Haigusloo erakorralise meditsiini osakonna patsiendikaart (edaspidi *patsiendikaart*) vormistatakse iga erakorralise meditsiini osakonnas ravil viibiva patsiendi kohta.

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb patsiendikaart ühest lehest ja vormistatakse isekopeeraval paberil määruse lisas 28 toodud vormi kohaselt.

(3) [Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 66. Patsiendikaardi kanded

(1) Patsiendikaarti kantakse patsiendi saabumise viis: tuli ise, toodi kiirabiga, saatekirja olemasolu.

(2) Patsiendikaarti kantakse saatediagnoos.

(3) Patsiendikaarti kantakse patsiendi järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) sugu;
- 3) vanus, isikukood;

- 4) [kehtetu –RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]
- 5) elukoht, telefoninumber;
- 6) perearsti ees- ja perekonnanimi;
- 7) kaasasolevad isiklikud esemed ja dokumendid: võtmed, proteesid, raha, pass, pensionitunnistus, juhiluba ja muud, lisades kaarti kande, kas kiirabibrigaad andis nimetatud esemed ja dokumendid üle valvearstile või tagastas patsiendile.
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

(4) Patsiendikaarti kantakse patsiendi kaebused, anamnees.

(5) Patsiendikaarti kantakse esialgselt diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi.

(6) Terviseseisundi hindamisel tehakse patsiendikaardis sellekohasesse ruutu kanne S1, S2, S3 ja nii edasi, kusjuures S näitab patsiendi staatust jälgimishetkel ning number seisundi jälgimise korda. Kanne tehakse patsiendi seisundist lähtuvalt, valides näitaja järgmisest loetelust:

- 1) teadvus: selge, desorienteeritud, äratav, koomas;
- 2) pupillid: normis, kitsad, laiad, diferents;
- 3) kops parem: puhas, nõrgem, räginad, kiuned;
- 4) kops vasak: puhas, nõrgem, räginad, kiuned;
- 5) hingamine: normis, hüperventilatsioon, hüpoventilatsioon, ei hinga, ei hoiu hingamisteid lahti;
- 6) kõht: normis, iiveldus, peritoneaalärritusnähud, valu (ülakõhus, alakõhus; paremal, vasemal), pinge, peristaltika normis, peristaltika elavnenud, peristaltika puudub, kõht esilevõlvunud;
- 7) nahk: normis, lööve, soe, jahe, niiske, kuiv, kahvatu, punetav.

(7) Patsiendikaarti kantakse arsti märkused ja lisateave.

(8) Patsiendikaarti kantakse isiku hügieeniseisund ja tehtud sellekohased toimingud:

- 1) pedikuloos, sügelised;
- 2) pesemine: üleni, osaline.

(9) Sõltuvalt patsiendi terviseseisundist kantakse patsiendikaarti kellaajaliselt järgmised andmed:

- 1) pulss;
- 2) pulsi frekvents;
- 3) südame rütm;
- 4) saturatsioon – SpO₂%;
- 5) ventilatsiooni režiim: spontaanne hingamine, abistav hingamine, intubeeritud;
- 6) vererõhk: diastoolne, süstoolne (mmHg);
- 7) temperatuur (Celsiuse järgi);
- 8) diurees;
- 9) *faeces*, okse;
- 10) staatuse jälgimishetk ja jälgimiskord S1, S2, S3 jne;
- 11) märked, mis kantakse tabeli vastavatesse lahtritesse, kus A_{NR} tähistab analüüsi koos selle järjekorranumbriga (näiteks A₁, A₂ jne); U_{NR} tähistab tehtud uuringut koos selle järjekorranumbriga (näiteks U₁, U₂ jne); P_{NR} tähistab protseduuri koos selle järjekorranumbriga (näiteks P₁, P₂ jne); K_{NR} tähistab konsultatsiooni koos selle järjekorranumbriga (näiteks K₁, K₂ jne) ning R_{NR} tähistab ravimi manustamist koos selle järjekorranumbriga (näiteks R₁, R₂ jne).

(10) Patsiendikaardile kantakse kooskõlas käesoleva paragrahvi lõike 9 punktis 11 toodud lühenditega järgmised andmed:

- 1) analüüside nimetused ja vastusotsused;
- 2) uuringute nimetused, lisades nende tegija nime, registreerimistõendi numbriga ja allkirja;
- 3) protseduuride nimetused, lisades nende tegija nime, registreerimistõendi numbriga ja allkirja;
- 4) konsultatsioonid, lokaalne leid;
- 5) manustatud ravimpreparaadi nimetus, toimeaine nimetus, ravimi vorm, ühekordne annus, koguannus või muud ravialased korraldused, lisades korraldaja nime.

(11) Patsiendikaardile kantakse täpsustatud ja lõpliku diagnoosi nimetus ja kood RHK-10 järgi patsiendi lahkumisel osakonnast.

(12) Patsiendikaardile kantakse kellaajaliselt otsus, kas patsient:

- 1) vajab haiglaravi;
- 2) ei vaja haiglaravi;
- 3) vajab jälgimist.

(13) Patsiendikaardile kantakse kellaajaliselt, kas patsient:

- 1) viidi haigla osakonda, lisades osakonna nimetuse, haigusloo numbriga;
- 2) viidi teise haiglasse, lisades haigla nimetuse;
- 3) lubati koju;
- 4) suri.

(14) Patsiendikaardile kantakse arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

(15) Patsiendikaardile kantakse õe ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

§ 67. [Kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

§ 68. [Kehtetu – RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

§ 69. [Kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

§ 70. [Kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

§ 71. [Kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

§ 72. [Kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

§ 72¹. Statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi valdusest äravõetud keelatud ainete ja esemete lehe kanded

Statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi valdusest äravõetud keelatud ainete ja esemete lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) patsiendi valduses olevate asjade läbivaatus, keelatud eseme äravõtmine, tagastamine, politseile üleandmine või hävitamine;
- 2) äravõetud aine või ese;
- 3) teave, kas patsiendi valduses olevate asjade läbivaatus toimus patsiendi juuresolekul; kui läbivaatus ei toimunud patsiendi juuresolekul, siis põhjus, miks patsient ei viibinud asjade läbivaatuse juures;
- 4) asjade läbivaatuse teinud isiku ees- ja perekonnanimi, tööandja ja ametikoht;
- 5) asjade läbivaatuse juures viibinud isiku ees- ja perekonnanimi, tööandja ja ametikoht;
- 6) aine või eseme äravõtmise õiguslik alus, millele tuginedes keelatud aine või ese ära võeti;
- 7) psühhiaatrilise abi seaduse § 9¹ lõikes 2 sätestatud aine või eseme äravõtmise põhjus;
- 8) asjade läbivaatuse teinud isiku allkiri esitatud andmete õigsuse kohta;
- 9) asjade läbivaatuse juures viibinud isiku allkiri esitatud andmete õigsuse kohta;
- 10) andmed äravõetud aine või eseme säilitamise, üleandmise ja tagastamise kohta psühhiaatrilise abi seaduse § 9² lõigete 5–7 kohaselt;
- 11) aine või eseme üleandmise alus;
- 12) aine või eseme üleandmise kuupäev;
- 13) aine või eseme vastuvõtnud isiku allkiri aine või eseme vastuvõtmise kohta;
- 14) riknenud või säilitustähtaja ületanud aine või eseme hävitamise andmed.

[RT I, 25.07.2012, 1- jõust. 01.09.2012]

§ 72². Statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi suhtes rakendatud ohjeldusmeetmete lehe kanded

(1) Statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi suhtes rakendatud ohjeldusmeetmete lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) ohjeldusmeetme rakendamise algus- ja lõppaeg (kuupäev ja kellaaeg);
- 2) ohjeldusmeetme rakendamisele eelnenud olukorra üksikasjalik kirjeldus, sealhulgas enne ohjeldusmeetme rakendamise otsustamist patsiendi rahustamiseks kasutatud tegevused, välja arvatud ohjeldusmeetmed;
- 3) ohjeldusmeetme rakendamise põhjused;
- 4) rakendatud ohjeldusmeetmed;
- 5) ravimite abil ohjeldamise korral ohjeldamiseks kasutatud ravimite loetelu ja annused;
- 6) ohjeldusmeetme rakendamise otsuse teinud arsti ees- ja perekonnanimi ning vältimatu vajaduse korral ohjeldusmeetme rakendamise alustamise otsustanud õe ees- ja perekonnanimi;
- 7) ohjeldusmeetme rakendamise jälgimise sagedus (kuupäev ja kellaaeg), tervishoiutöötaja hinnang patsiendi seisundile;
- 8) arsti hinnang ohjeldusmeetme rakendamise jätkamise vajaduse kohta, hinnangu andmise kuupäev ja kellaaeg;
- 9) ohjeldusmeetme rakendamisel patsiendile ja teistele isikutele tekkinud vigastused;
- 10) vara, mille patsient, kelle suhtes ohjeldusmeetme rakendati, ohjeldusmeetme rakendamisel rikkus või lõhkus;
- 11) andmed turvateenuse osutaja või politsei kaasamise kohta;
- 12) kanne patsiendiga ohjeldusmeetme rakendamise järel läbiviidud vestluse kohta, sealhulgas vestluse läbiviinud arsti ees- ja perekonnanimi.

(2) Statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi suhtes rakendatud ohjeldusmeetmete lehele lisatakse patsiendi kirjalikud märkused ohjeldusmeetme rakendamise kohta.

(3) Statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi suhtes rakendatud ohjeldusmeetmete leht vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

5¹. jagu Sünniepikriis

[RT I, 12.09.2019, 1- jõust. 15.09.2019, rakendatakse hiljemalt 1. septembrist 2020. a.]

§ 72³. Sünniepikriisi vormistamine

Sünniepikriis vormistatakse vastsündinule osutatud ambulatoorse või statsionaarse sünnitusabiteenuse lõppemisel. Epikriis vormistatakse iga vastsündinu kohta.

[RT I, 12.09.2019, 1- jõust. 15.09.2019, rakendatakse hiljemalt 1. septembrist 2020. a.]

§ 72⁴. Sünniepikriisi andmekoosseis

Sünniepikriisi andmekoosseis on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel kehtestatud määruks.

[RT I, 12.09.2019, 1- jõust. 15.09.2019, rakendatakse hiljemalt 1. septembrist 2020. a.]

6. jagu Kiirabikaart

§ 73. Kiirabikaart

(1) Kiirabikaart on kiirabi osutamist tõendav dokument, mis vormistatakse iga väljakutse ja iga patsiendi kohta, kellele osutatakse kiirabiteenust.

[RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

(2) [Kehtetu -RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

(3) [Kehtetu -RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

§ 73¹. Kiirabikaardi vormistamine

(1) Kiirabikaardi koostab kiirabibrigaadi juht.

(2) Kiirabikaart vormistatakse elektrooniliselt vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel sätestatud andmekoosseisule.

(3) Kiirabikaardi võib vormistada paberikandjal kui objektiivsetel põhjustel ei ole võimalik tervise infosüsteemi kasutada. Paberikandjal kiirabikaart vormistatakse isekopeeruval paberil vastavalt käesoleva määruse lisas 29 toodud andmekoosseisule ning surmateatis vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõikes 2 sätestatud andmekoosseisule. Kiirabiteenuse osutamise käigus patsiendile tehtud elustamiskatse korral vormistatakse paberikandjal kiirabikaardi täiendava dokumendina isekopeeruval paberil elustamiskaart vastavalt määruse lisas 30 toodud andmekoosseisule.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

(4) [Kehtetu - RT I, 31.07.2015, 2- jõust. 03.08.2015, rakendatakse alates 01.07.2015. a]

(5) Kui patsient keeldub edasisest abist, siis vormistatakse kiirabikaart paberikandjal. Kiirabikaardile tehakse sellekohane kanne, mida kinnitab patsiendi allkiri.

(6) Kiirabibrigaadi juhi poolt surma fakti tuvastamisel on surnu veo ja hoidmise korraldamise aluseks kiirabikaardi väljavõtte järgmises andmekoosseisus:

1) kiirabikaardi number;

2) kiirabikaardi kinnitamise aeg;

3) kiirabikaardi koostaja andmed (tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi, tervishoiuasutuse nimi, tervishoiuasutuse kontaktandmed);

4) patsiendi andmed (isikukood, ees- ja perekonnanimi);

5) surmaandmed (kuupäev ja kellaaeg).

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 74. Kiirabikaardi säilitamine

(1) [Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

(2) Paberkanadjal vormistatud kiirabikaardi ja elustamiskaardi esimene leht jääb kiirabibrigaadi pidajale. Paberkanadjal kiirabikaardi ja elustamiskaardi koopia on saatekirjaks haiglale või väljavõtteks perearstile, patsiendile, korduvate väljakutsete puhul ka kiirabile. Paberil vormistatud surmateatise koopia on väljavõtteks perearstile.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

(3) [Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 75. Kiirabikaardi päise kanded

[Kehtetu -RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

§ 76. Kiirabikaardi keskosa kanded

[Kehtetu -RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

§ 77. Kiirabikaardi jalus ja selle kanded

[Kehtetu -RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

7. jagu Kiirabi elustamiskaart

[Kehtetu - RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

§ 78. Kiirabi elustamiskaart

[Kehtetu -RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

§ 79. Elustamiskaardi säilitamine

[Kehtetu -RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

§ 80. Elustamiskaardi kanded

[Kehtetu -RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

8. jagu Hambaravikaart

§ 81. Hambaravikaart

(1) Hambaravikaart vormistatakse iga patsiendi kohta, kellele hambaravi osutatakse.

(2) Hambaravikaart vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt

§ 82. Hambaravikaardi säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 83. Hambaravikaardi andmete koosseis

(1) Hambaravikaardile märgitakse:

- 1) tervishoiuteenuse osutaja nimi, eriala, registreerimisnumber ja kontaktandmed;
- 2) tervishoiuasutuse nimi, registrikood, tegevusloa number ja kontaktandmed;
- 3) patsiendi isikukood, nimi, sugu, sünniaeg, elukohta ja töökoha andmed;
- 4) suunamisega seotud andmed;
- 5) üldanamneesi andmed;
- 6) suu- ja hammaskonna anamneesi andmed;
- 7) hambaravi visiidiga seotud andmed;
- 8) manustatud ravimite andmed;
- 9) hambaravi kiinilise vaatluse andmed;
- 10) patsiendi ravi kokkuvõtte;
- 11) andmed väljastatud dokumentide kohta;
- 12) ravijärgsed soovitusel;
- 13) edasi suunamise andmed;
- 14) vastuvõtule pöördumise andmed;
- 15) märkused.

(2) Hambaravikaardis kasutatavate hammaste staatusmärgid on järgmised:

- 1) [] – terve hammas (väli puhas);
- 2) - - suhu lõikumata hammas;

- 3) = – sünnipäraselt puuduv hammas;
- 4) X – eemaldatud hammas;
- 5) 0 – suhu lõikuv hammas;
- 6) Pt – juurepõletik;
- 7) JT – juuretäidis;
- 8) C – kaaries;
- 9) R – hambajuur.

(3) Hambaravikaardis kasutatakse järgmist hambapindade numeratsiooni:

- 1) 1 – oklusaalne pind, fronthammastel foramen caecum ja lõikeserv;
- 2) 2 – mediaalne pind;
- 3) 3 – vestibulaarne, labiaalne, bukaalne pind;
- 4) 4 – distaalne pind;
- 5) 5 – palatinaalne, lingvaalne pind;
- 6) 6 – hambakaela piirkond;
- 7) 7 – hamba juure pind;
- 8) kr – ülesehitus.

(4) Hambaravikaardis kasutatavad lühendite märgistused materjalide kohta on järgmised:

- 1) A – amalgaam;
- 2) K – komposiit;
- 3) KI – klaasionomeer;
- 4) Ko – kompomeer;
- 5) AT – ajutine täidis.

(5) Hambaravikaardis kasutatavad proteetika lühendite märgistused on järgmised:

- 1) Kr – kroon;
- 2) MkKr – metallokeramiiline kroon;
- 3) TH – tihvthammas;
- 4) IMP – implantaat;
- 5) F – fassett.

[RT I, 07.11.2014, 3- jõust. 01.07.2015]

9. jagu

Elupuhuse patomorfoloogilise uuringu saatekiri ja vastus

§ 84. Elupuhuse patomorfoloogilise uuringu saatekiri

[Kehtetu -RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 85. Saatekirja kanded

[Kehtetu -RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 86. Uuringu vastus

[Kehtetu -RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 87. Uuringu vastuse aluseks oleva proovi säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 88. Uuringu vastuse kanded

[Kehtetu -RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

9¹. jagu

Surmateatis

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 88¹. Surmateatis

Surmateatis on surma põhjuse tuvastamise seaduse alusel surma fakti tõendav andmete dokument või selle osa, mis vormistatakse kohe pärast surma fakti tuvastamist ja mis on aluseks surma registreerimiseks rahvastikuregistris.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 88². Surmateatise vormistamine ja väljastamine

[RT I, 12.09.2019, 1- jõust. 15.09.2019]

(1) Surmateatise koostab surma tuvastanud arst, õde või kiirabibrigaadi juht.

(2) Surmateatis vormistatakse elektrooniliselt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel sätestatud andmekoosseisus.

(3) Surmateatise võib vormistada paberil, kui objektiivsel põhjusel ei ole võimalik tervise infosüsteemi kasutada.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

(4) Surmateatise väljastamisel surnult sündinu ja tuvastamata surnu puhul tuleb enne surmateatise väljastamist kontrollida surma põhjuse teatise olemasolu.

[RT I, 12.09.2019, 1- jõust. 15.09.2019]

§ 88³. Surmateatise säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

9². jagu Surma põhjuse teatis

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 88⁴. Surma põhjuse teatis

Surma põhjuse teatis on surma põhjuse tuvastamise seaduse alusel surma põhjust kirjeldav dokument, mis vormistatakse pärast surma põhjuse tuvastamist.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 88⁵. Surma põhjuse teatise vormistamine

(1) Surma põhjuse teatise koostab surma põhjuse tuvastanud arst, patoloog või kohtuarst.

(2) Surma põhjuse teatis vormistatakse elektrooniliselt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel sätestatud andmekoosseisus.

(3) Surma põhjuse teatise võib vormistada paberil, kui objektiivsel põhjusel ei ole võimalik tervise infosüsteemi kasutada.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 88⁶. Surma põhjuse teatise säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

9³. jagu Perinataalsurma põhjuse teatis

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 88⁷. Perinataalsurma põhjuse teatis

Perinataalsurma põhjuse teatis on surma põhjuse tuvastamise seaduse alusel perinataalsurma põhjust kirjeldav dokument, mis vormistatakse pärast surma põhjuse tuvastamist.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 88⁸. Perinataalsurma põhjuse teatise vormistamine

(1) Perinataalsurma põhjuse teatise koostab surma põhjuse tuvastanud arst, patoloog või kohtuarst.

(2) Perinataalsurma põhjuse teatis vormistatakse elektrooniliselt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel sätestatud andmekoosseisus.

(3) Perinataalsurma põhjuse teatise võib vormistada paberil, kui objektiivsel põhjusel ei ole võimalik tervise infosüsteemi kasutada.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

10. jagu

Patoanatomilise lahangu saatekiri, protokoll ja protokollil väljavõte

§ 89. Patoanatomilise lahangu saatekiri

(1) Patoanatomilise lahangu (edaspidi *lahang*) saatekirja vormistab surnu lahangut telliv arst.

(2) [Kehtetu -RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

(3) Kui arst saadab surnu hoiule patoloogiaosakonna surnukambrisse lahangut tellimata, vormistab ta samuti määruse § 91 sätestatud nõuete kohase saatekirja, millele teeb täiendavad kanded hoiule saatmise ning surmateatise vormistamise kohta, märkides numbri, väljastamise kuupäeva ja sellele kantud teksti.
[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 90. Lahangu saatekirja säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 91. Lahangu saatekirja kanded

Lahangu saatekirjale kantakse järgmised andmed:

- 1) surnu ees- ja perekonnanimi;
 - 2) surnu isikukood, selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
 - 3) surma kuupäev ja kellaaeg;
 - 4) surmakoht;
 - 4¹) suremispaik;
- [RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]
- 5) arvatav surma põhjus;
- [RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]
- 6) lahangut telliva tervishoiuasutuse nimetus ja tegevusloa number;
 - 7) arsti ees- ja perekonnanimi;
 - 8) haiglasse saabumise kuupäev;
 - 9) haigusloo number;
 - 10) arsti otsus surnu saatmiseks: patoanatomilisele lahangule või kohtuarstlikule lahangule;
 - 11) surnuga kaasasolevad esemed, raha, dokumendid;
 - 12) saatekirja vormistaja ees- ja perekonnanimi, telefoninumber ning allkiri.

§ 92. Lahangu protokoll

(1) Lahangu protokollil vormistab lahangu teinud patoloog.

(2) [Kehtetu -RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 93. Lahangu protokollil säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 94. Lahangu protokollil kanded

Lahangu protokollil tehakse järgmised kanded:

- 1) lahangu number lahangut tegeva tervishoiuasutuse patoloogiaosakonna numeratsiooni alusel;
 - 2) lahangu tegemise kuupäev;
 - 3) lahangu teinud patoloogi ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number;
 - 4) surnu isikuandmed;
 - 5) surmakuupäev;
 - 6) haiglas viibitud päevade arv;
 - 7) kui lahangu tellija on haigla, märgitakse haigla aadress, tegevusloa number ja osakonna nimetus, haigusloo number, arsti ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number;
 - 8) kui lahangu tellija on perearst, märgitakse tema postiaadress, ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number.
 - 9) kliiniline diagnoos ja kood RHK-10 järgi;
 - 10) lahanguleiu kirjeldus;
 - 11) skeemid, fotod;
 - 12) lahangul võetud koeproovide histoloogilise uuringu kirjeldus;
- [RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]
- 13) lisauuringute andmed;
 - 14) patoanatomiline diagnoos ja kood RHK-10 järgi: põhihaigus, põhihaiguse tüsistused, kaasuvad haigused;

- 15) haigusest tekitatud muutused kehas, nende tekkepõhjused ja -mehhanismid ning vahetu surmapõhjus; [RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]
- 16) lahangu tegija vormistatud surma põhjuse teatise number, väljastamise kuupäev ja sellele kantud tekst; [RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]
- 17) protokollide vormistamise kuupäev;
- 18) patoloogi allkiri.

§ 95. Lahangu protokollide väljavõte

- (1) Lahangu protokollide väljavõtte vormistab lahangu teinud patoloog lahangu protokollide põhjal.
- (2) Lahangu protokollide väljavõtte vormistatakse lahangu tegeva tervishoiuasutuse valitud vormi kohaselt.
- (3) Lahangu protokollide väljavõtte edastatakse lahangu tellinud tervishoiuasutusele või perearstile, surnu lahangule saatnud tervishoiuteenuse osutajale.

§ 96. Lahangu protokollide väljavõtte säilitamine [Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 97. Lahangu protokollide väljavõtte kanded

- Lahangu protokollide väljavõttesse kantakse järgmised andmed:
- 1) patoanatomiline diagnoos ja kood RHK-10 järgi: põhihaigus, põhihaiguse tüsistused, kaasuvad haigused;
 - 2) haigusest tekitatud muutused kehas, nende tekkepõhjused ja -mehhanismid ning vahetu surmapõhjus; [RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]
 - 3) surma põhjuse teatise number ja vormistamise kuupäev; [RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]
 - 4) lahangu tegemise kuupäev;
 - 5) lahangu teinud patoloogi ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

11. jagu Koduõenduskaart

[Kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

§ 98. Koduõenduskaart [Kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

§ 99. Koduõenduskaardi säilitamine [Kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

§ 100. Koduõenduskaardi kanded [Kehtetu –RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 01.01.2012]

12. jagu Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõte

§ 101. Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõte

- (1) Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte vormistatakse iga patsiendi kohta, kelle geriaatrilist seisundit hinnatakse.
- (2) Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte vormistatakse määruse lisas 31 toodud vormi kohaselt.

§ 102. Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte säilitamine [Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 103. Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte kanded

- Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõttele kantakse järgmised andmed:
- 1) tervishoiuteenuse osutaja nimi ning Terviseameti poolt väljastatud tervishoiuasutuse kood; [RTL 2009, 96, 1438- jõust. 01.01.2010]
 - 2) tervishoiuasutuse aadress, posti sihtnumber, linn/vald, maakond;
 - 3) patsiendi ees- ja perekonnanimi;
 - 4) patsiendi isikukood, selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;

- 5) registreerimisnumber, mis on patsiendi seisundi hindamise (RAI) number;
- 6) põhiprobleemide kirjeldus arsti, õe ja sotsiaaltöötaja poolt;
- 7) geriaatriameeskonna kokkuvõtte peamistest lahendamist vajavatest probleemidest;
- 8) sekkumise ressursid ja piirangud;
- 9) edasise tegevuse eesmärgid ja plaan;
- 10) järgmise hindamise vajadus;
- 11) geriaatrilise seisundi kokkuvõtte tegemise kuupäev;
- 12) geriaatriameeskonna liikmete nimed, ametid ja allkirjad.

13. jagu

Ehhokardiograafilise uuringu protokoll

§ 104. Ehhokardiograafilise uuringu protokoll

- (1) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll vormistatakse trükituna eesti keeles iga patsiendi kohta, kellele vastav uuring teostatakse. On lubatud kasutada mõõtmiste üldaktsepteeritud ingliskeelseid lühendeid.
- (2) Uuringu pildiline materjal (kõik mõõdetavad ja uuritavad struktuurid) salvestatakse elektrooniliselt või videolindile. Salvestamisel videolindile videolindid nummerdatakse ja uuringu protokoll tehakse viide uuringu salvestuse asukoha kohta videolindil.
- (3) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

§ 105. Ehhokardiograafilise uuringu protokollide säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 106. Ehhokardiograafilise uuringu protokollide kanded

- (1) Ehhokardiograafilise uuringu protokollide kantakse tervishoiuasutuse järgmised andmed:
 - 1) tervishoiuteenuse osutaja nimi ning Terviseameti poolt väljastatud tervishoiuasutuse kood; [RTL 2009, 96, 1438- jõust. 01.01.2010]
 - 2) tervishoiuasutuse aadress, posti sihtnumber, linn/vald, maakond;
 - 3) tervishoiuasutuse telefon ja e-posti aadress;
 - 4) ehhokardiograafilise uuringu number vastavalt tervishoiuteenuse osutaja poolt kehtestatud numeratsioonile.
- (2) Ehhokardiograafilise uuringu protokollide kantakse uuringu maht:
 - 1) täismahus uuring (sisaldab endas kõikide südameõõnte, klappide ja suurte veresoonte uurimist mitmetes vaadetes 1-dimensionaalsel (1D e. M-mode), 2-dimensionaalsel (2D), spektraal-Doppler (PW, CW) ja värvi-Doppler-meetodil ning neile hinnangu andmist nii struktuuralsest kui ka funktsionaalsest aspektist);
 - 2) osalise mahuga uuring – fookuseeritud uuring (korduv uuring peale täismahus uuringu tegemist mingi ühe üht südame struktuuri puudutava kliinilise küsimuse lahendamiseks), tehniliselt limiteeritud uuring (uuringu maht on oluliselt piiratud väga halva nähtavuse tõttu);
 - 3) spetsialiseeritud ja komplitseeritud ehhokardiograafiline uuring – komplitseeritud täismahus transtorakaalne uuring, transösofageaalne ehhokardiograafia, stress-ehhokardiograafia, kontrast-ehhokardiograafia, loote ehhokardiograafia, intraoperatiivne ehhokardiograafia, invasiivsete protseduuride ehhokardiograafiline monitooring, intravaskulaarne ultraheli-uuring, kudede värvi-Doppler uuringud (vasaku vatsakese funktsiooni segmentaarne analüüs «*deformation imaging*»).
- (3) Ehhokardiograafilise uuringu protokollide kantakse patsiendi järgmised andmed:
 - 1) patsiendi ees- ja perekonnanimi;
 - 2) isikukood, selle puudumisel sünnikuupäev, -kuu ja -aasta;
 - 3) vanus;
 - 4) sugu;
 - 5) pikkus;
 - 6) kaal;
 - 7) süstoolne ja diastoolne vererõhk;
 - 8) südamerütm, selle sagedus, intraventrikulaarsete juhtehäirete olemasolu;
 - 9) uuringu näidustus;
 - 10) suunava arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number.
- (4) Ehhokardiograafilise uuringu protokollide kantakse järgmised uuringu andmed:
 - 1) interpreteeriva arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number;
 - 2) uuringu kuupäev: skännimise ja interpreteerimise kuupäev;
 - 3) salvestamise koordinaadid: ambulatoorne, haiglahaige, uuring teostati intensiivravipalatis;
 - 4) hinnang uuringu tehnilisele kvaliteedile: hea, suboptimaalne, halb.
- (5) Ehhokardiograafilise uuringu protokollide kantakse täieliku 1- ja 2-dimensionaalse uuringu korral kõikide südamestruktuuride ja mõnede ekstrakardiaalsete struktuuride uurimise tulemused standardprojektsioonides:

1) uuritavad struktuurid: vasak vatsake, parem vatsake, vasak koda, parem koda, aordiklapp, pulmonaalklapp, mitraalklapp, trikuspidaalklapp, astsendeeruva aordi algusosa, aordikaar, destsendeeruva aordi algusosa, pulmonaalarteri tüvi ja proksimaalsed harud, alumine õnesveen, maksaveen, perikard;

2) standartsed 2-dimensionaalsed (2D) projektsioonid: parasternaalne pikitelg, parasternaalne lühike telg vasakust vatsakesest (basaalne e. mitraalklapi tase, papillaarlihaste tase, vajadusel apikaalne tase), parasternaalne lühike telg aordiklapi tasemel, parema vatsakese sissevoolu projektsioon, pulmonaalarteri parasternaalne pikitelg (aordiklapi lühike telg), apikaalne 4-kambri projektsioon, apikaalne 2-kambri projektsioon, apikaalne pikitelg e. 3-kambri projektsioon, apikaalne 5-kambri projektsioon, subkostaalne 4-kambri projektsioon, vajadusel subkostaalne lühike telg, subkostaalne alumise õnesveeni/maksaveeni projektsioon, vajadusel suprasternaalne projektsioon.

(6) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll kantakse täieliku Doppler-uuringu korral kõikide normaalsete ja patoloogiliste südamesiseste voolude spektraal- Doppler- ja värvi-Doppler analüüside andmed:

1) kõiki 4 südameklappi läbiva voolu spekter igal klakil, regurgitatsiooni hindamine vähemalt 2 projektsioonis värvi-Doppleriga (v.a. pulmonaalklapp);

2) aordi stenoosi raskusastme hindamiseks peab kiireimat voolu püüdma multiipelsetest anduri positsioonidest (apikaalsest, suprasternaalsest ja paremast parasternaalsest);

3) trikuspidaalregurgitatsiooni spekter parema vatsakese süstoole rõhu hindamiseks;

4) värvi-Doppler kodade ja vatsakeste vaheseina defektide skriinimisel;

5) vasaku vatsakese väljavoolu trakti kiirus pulss-Doppleriga;

6) vasaku vatsakese sissevoolutrakti pulss-Doppler ja mitraalklapi fibroosrõnga pulss-Doppler vasaku vatsakese diastoolse funktsiooni hindamiseks;

7) voolude kiiruse-aja integraal (VTI) ja vajadusel maksaveenide ning pulmonaalveeni voolu spektrid.

(7) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll kantakse järgmised 2-D või M-mode mõõtmised:

1) vasaku vatsakese seesmine dimensioon, (maht) diastoli lõpus;

2) vasaku vatsakese seesmine dimensioon, (maht) süstoli lõpus;

3) vatsakeste vaheseina ja vasaku vatsakese posterioorse seina paksus diastolis, soovituslik on vasaku vatsakese massi arvutamine;

4) vasaku vatsakese funktsioon: üldine süstoolne funktsioon (väljutusfraktsioon soovitatavalt Simpsoni järgi, suboptimaalse nähtavuse korral visuaalne hinnang) ja regionaalse seina liikumise (segmentaarse süstoolse funktsiooni) hinnang;

5) vasaku koja läbimõõt parasternaalses pikiteljes ja kodade dimensioonid 4-kambri projektsioonis;

6) aorditüve läbimõõt;

7) parema vatsakese väljavoolutrakti läbimõõt (dilatatsiooni korral ka sissevoolutrakti läbimõõt).

(8) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll kantakse järgmised Doppler- uuringute andmed:

1) valvulaarse stenoosi raskusastme hindamine (transvalvulaarse gradiendi ja klapiava pindala alusel);

2) subvalvulaarse stenoosi raskusastme hindamine (subvalvulaarne gradient);

3) valvulaarse regurgitatsiooni hindamine (semikvantitatiivsed kirjeldavad näitajad, soovitatavalt lisaks kvantitatiivsed mõõtmised);

4) klapipteeside funktsiooni hindamine (transvalvulaarne gradient (keskmine), lisaks soovitav arvutada efektiivne ava pindala), regurgitatsiooni kirjeldus;

5) südame šuntide raskusastme hindamine (defekti diameetri mõõtmine, lisaks soovitatavalt Qp:Qs suhte arvutamine);

6) vasaku vatsakese diastoolse funktsiooni hinnang (mitraalvoolu hinnang PW-Doppleri järgi ja mitraalklapi fibroosrõnga liikumise hinnang PW-Doppleri järgi).

(9) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll kantakse laste täismahus ehhokardiograafilise uuringu korral järgmiste struktuuride kirjeldused ja loetletud mõõtmised:

1) aort: lähe; aordikaar, selle asetus; alanev aort (aordikoarktatsiooni väljalülitamine); aordi läbimõõdud: klapi tasand, bulbus, ülenev aort; klapp – hõlmade arv, Doppler-vool, avatud klapi planimeetria; koronaaride lähe;

2) vasak koda: suurus (M-mode parasternaalses pikiteljes), vasaku koja/aordi läbimõõdu suhe; suurus 4-kambri projektsioonis (2 mõõdet); kopsuveenide suubumine;

3) mitraalklapp: hõlmade kirjeldus, vool süstolis ja diastolis; kui regurgitatsioon olemas, siis selle ulatus, planimeetria;

4) papillaarlihased: asend;

5) vasak vatsake: kuju 4-kambri projektsioonis, FS, EF, löögimaht, minutimaht – Teicholzi või Simpsoni järgi; seinte paksus diastolis (vahesein, tagasein);

6) vatsakeste vahesein: intaktsus; defekti(de) olemasolul: defekti lokaliseerimine, läbimõõt, šundi suund, gradient, Qp:Qs suhe, arvutuslik parema vatsakese rõhk;

7) kopsuarter: lähe; läbimõõdud: klapi tasand, tüvi, harud; Doppler-vool; DAP-i olemasolul selle läbimõõt (võimalusel kopsuarterisse suubumisel); šundivoolu suund, gradient; arvutuslik rõhk pulmonaalringes;

8) parem vatsake: eesseina paksus; hinnang suurusele 4-kambri projektsioonis võrreldes vasaku vatsakesega; läbimõõt diastolis;

9) trikuspidaalklapp: asetus; hõlmade kirjeldus; vool diastolis ja süstolis; regurgitatsiooni ulatus, gradient; arvutuslik parema vatsakese rõhk;

10) kodade vahesein: intaktsus; FO olemasolu; defektide olemasolul: defekti lokaliseerimine, šundi läbimõõt, suund, Qp:Qs suhe;

11) parem koda: suurus 4-kambri projektsioonis (2 mõõdet); õõnesveenide suubumine;

12) perikard;

13) maksaveenide täitumus.

(10) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll kantakse uuringu kokkuvõtte:

1) ülevaate uuringu tulemustest, sisaldades asjasse puutuvaid nii positiivseid kui ka negatiivseid leide;

2) kvantitatiivsed andmed;

3) vastused saatva arsti poolt püstitatud küsimusele;

4) patoloogiline leid, selle raskusaste (kerge, keskmine, raske);

5) võrdlus varasema leiuga, kui salvestus varasema leiuga on olemas;

6) arsti allkiri.

14. jagu Õenduslugu

[RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 10.07.2011]

§ 106¹. Õenduslugu

Õenduslugu on patsiendile õendusabi osutamist tõendav dokument, mis koosneb järgmistest osadest:

1) üldosa;

2) anamnees;

3) õendusplaan;

4) patsiendi seisundi jälgimine;

5) raviplaan;

6) konsultatsioonid;

7) õendusepikriis.

[RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 10.07.2011]

§ 106². Õendusloo vormistamine

(1) Õendusloo vormistab õde järgmistel juhtudel:

1) haiglas statsionaarse õendusabi osutamisel koos eriarstiabiga (edaspidi *haiglas õendusabi osutamine*);

2) iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutamisel;

3) koduõendusteenuse osutamisel.

[RT I, 27.12.2013, 8- jõust. 01.01.2014]

(2) Õenduslugu vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

(2¹) Elektroonilise õendusloo koostamisel ei ole iga osa eraldi allkirjastamine nõutud kui teenuse osutaja infosüsteemis tagatakse kande teinud isiku ja kande tegemise aja selge eristatavus ja jälgitavus. Õendusloo lõplikul vormistamisel kinnitatakse õenduslugu koostaja allkirjaga. Elektroonilise õendusloo kinnitamisel võib digitaalse allkirja asendada asutuse digitaalse templiga, kui on eristatav selle koostanud isik.

[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

(3) Õenduslugu lõpetatakse patsiendile õendusabi osutamise lõppemisel.

[RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 10.07.2011]

§ 106³. Õendusloo säilitamine

[Kehtetu - RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 106⁴. Õendusloo üldosa

(1) Õendusloo üldosa kantakse järgmised andmed:

1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu, kontaktandmed);

2) võimaluse korral patsiendi sünnikoht ning lähtuvalt vanusest patsiendi töökoht ja amet või õppeasutus;

3) patsiendi kontaktisiku andmed (ees- ja perekonnanimi, kontaktandmed, seos patsiendiga);

4) suunava arsti andmed (ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood);

5) patsiendi perearsti andmed (ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood);

6) tervishoiuteenuse osutaja andmed (nimi, registrikood, tegevusloa number, kontaktandmed);

7) saatekirjal olev kliiniline diagnoos RHK-10 järgi;

8) õendusprobleem(id);

9) õendusabi osutamise alustamise kuupäev ja kellaeg;

10) õendusabi osutamise lõpetamise kuupäev, kellaeg ja põhjendus;

11) õendusloo lõpetanud ja õendusepikriisi vormistanud õde andmed (ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood, eriala).

(2) Tervishoiuteenuse osutaja andmete kandmine õendusloo üldossa ei ole kohustuslik, kui patsiendile vormistatakse sama tervishoiuteenuse osutamise kohta ka haiguslugu.

[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

§ 106⁵. Õendusloo anamneesi osa

(1) Anamneesi kantakse järgmised andmed:

1) eelnenud operatsioonid patsiendi ütluse kohaselt;

2) allergia;

2¹) metitsilliinresistentse stafülokoki (MRSA) kandlus, laiendatud toimespektriga beetalaktamaasi (ESBL) kandlus;

[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019, rakendatakse hiljemalt 1. jaanuarist 2021. a.]

3) ravimiskeem;

[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

4) patsiendi elamistoimingud;

5) sotsiaalne võrgustik;

6) terviseriskid;

7) patsiendi ja/või lähedase õpetusvajadus;

8) [Kehtetu -RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

9) patsiendi seisundi kohta teavet andnud isiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed;

[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

10) kande tegemise kuupäev ja kellaaeg;

11) kande teinud õe ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood, eriala, allkiri.

[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

(2) Lõike 1 punktis 4 nimetatud elamistoimingud on järgmised:

1) suhtlemine;

2) hingamine, südametegevus ja kehatemperatuur;

3) turvalisus;

4) füüsiline aktiivsus;

5) magamine;

6) isiklik puhtus ja riietumine;

7) söömine ja joomine;

8) eritamine;

9) seksuaalsus (vajadusel);

10) töötamine, mängimine (vajadusel);

11) suremine (vajadusel).

[RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 10.07.2011]

§ 106⁶. Õendusloo õendusplaani osa

(1) Õendusplaani kantakse järgmised andmed:

1) õendusprobleem;

2) õendusabi eesmärk;

3) planeeritud õendustegevused (nt raviprotseduuride tegemine, terviseseisundi jälgimine dünaamikas, haiguspuhused õendustoimingud, patsiendi nõustamine);

[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

4) teostatud õendustegevused;

5) õe hinnang enda õendustegevustele;

6) kande tegemise kuupäev ja kellaaeg;

7) kande teinud õe ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood, eriala ja allkiri.

[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

(2) Õendusplaani kantakse täiendavad andmed patsiendi seisundi regulaarsel hindamisel ja seisundi muutumisel.

[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

§ 106⁷. Õendusloo patsiendi seisundi jälgimise osa

(1) Patsiendi seisundi jälgimise osa vormistatakse vastavalt patsiendi terviseseisundile ja tehtavatele toimingutele ning suunava või konsulteeriva arsti otsustele.

(2) Patsiendi jälgimise ossa kantakse järgmised andmed:

1) operatsioonijärgne päev;

2) hemodünaamika;

3) kehatemperatuur;

4) hingamistegevus;

- 5) vedeliku tasakaal;
 - 6) sooletegevus;
 - 7) iivelduse, oksendamise esinemine;
 - 8) veresuhkru väärtused;
 - 9) liikumine, sh asendi vahetus;
 - 10) dieet, toitumine;
 - 11) valu hindamine
 - 12) naha seisundi hindamine;
 - 13) suuõhne hügieen;
 - 14) lamatise tekkimise aeg ja aste;
- [RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019, rakendatakse hiljemalt 1. jaanuarist 2021. a.]
- 15) ohutusmeetmete kasutamine;
- [RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019, rakendatakse hiljemalt 1. jaanuarist 2021. a.]
- 16) kahjustusega lõppenud kukkumised;
- [RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019, rakendatakse hiljemalt 1. jaanuarist 2021. a.]
- 17) patsiendi tervisekäitumine;
- [RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019, rakendatakse hiljemalt 1. jaanuarist 2021. a.]
- 18) kande tegemise kuupäev.
- [RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

§ 106⁸. Õendusloo raviplaani osa

(1) Raviplaani kantakse järgmised andmed:

- 1) määratud ravimvorm, ravimpreparaadi nimetus, ravimi annus, ravimite manustamise viis, kellaajad, alguse ja lõpu kuupäev;
 - 2) määratud protseduurid ja uuringud, vajalik ettevalmistus;
 - 3) raviplaani täitmise kanded;
 - 4) kande tegemise kuupäev ja kellaeg;
 - 5) kande teinud arsti ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood, eriala, allkiri ja/või
- [RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]
- 6) kande teinud õe ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood, eriala, allkiri.
- [RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

(2) Raviplaani kantakse täiendavad andmed vastavalt patsiendi seisundi muutumisele.

(3) Arst kannab raviplaani lõike 1 punktides 1, 2 ja 5 nimetatud andmed ning õde kannab raviplaani lõike 1 punktides 3, 4 ja 6 nimetatud andmed.

(4) Koduõendusteenuse või iseseisva statsionaarse õendusabi osutamisel võib õde saatekirja või arsti otsuse alusel kanda raviplaani ka lõike 1 punktides 1 ja 2 nimetatud andmed. Arsti otsuse alusel andmete raviplaani kandmisel tuleb lisada otsuse teinud arsti ees- ja perekonnanimi ning otsuse tegemise kuupäev.

[RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

§ 106⁹. Õendusloo konsultatsioonide osa

(1) Õde vormistab konsultatsioonide osa arsti või teiste spetsialistide otsuste alusel ning kannab sellele järgmised andmed:

- 1) konsultatsiooni kanded;
 - 2) kande tegemise kuupäev ja kellaeg;
 - 3) kande teinud õe ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood, eriala, allkiri.
- [RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

(2) Õendusloo konsultatsioonide osa vormistamine ei ole kohustuslik, kui patsiendile vormistatakse sama tervishoiuteenuse osutamise kohta ka haiguslugu.

[RT I, 07.07.2011, 2- jõust. 10.07.2011]

§ 106¹⁰. Õendusloo õendusepikriisi osa

(1) Õendusepikriisi vormistab õde, lähtudes tema käsutuses olevast teabest. Õendusepikriis sisaldab kokkuvõtet õendusloost ja soovitusi edasiseks.

(2) Õendusepikriis vormistatakse õendusabi osutamise lõppemisel.

(3) Sõltuvalt teenuse kestusest tuleb tervise infosüsteemi edastada patsiendi terviseseisundi kohta vahekokkuvõtte järgmises andmekoosseisus ja ajavahemike järel:

- 1) koduõendusteenuse osutamisel iga kolme kuu tagant vähemalt käesoleva paragrahvi lõikes 6 ja lõike 7 punktis 3 nimetatud andmetega;
- 2) iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutamisel iga 60 päeva tagant vähemalt käesoleva paragrahvi lõikes 6 nimetatud andmetega.

(4) Käesoleva paragrahvi lõike 3 alusel koostatud vahekokkuvõttes ei märgita teenuse lõpetamisega seotud andmeid ega tegevustega seotud andmeid, mida selleks hetkeks osutatud ei ole.

(5) Õendusepikriisile on kohustuslik märkida järgmised andmed:

- 1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu, kontaktandmed);
- 2) kontaktisiku andmed (ees- ja perekonnanimi, kontaktandmed, seos patsiendiga);
- 3) patsiendi perearsti andmed (ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood);
- 4) tervishoiuteenuse osutaja andmed (nimi, registrikood, tegevusloa number, kontaktandmed);
- 5) saatekirjaga suunamise korral suunanud tervishoiutöötaja andmed (ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood, eriala);
- 6) saatekirjaga suunanud asutuse andmed (nimi, registrikood);
- 7) saatekirjaga suunanud asutuse kontaktandmed (aadress, telefon, e-post);
- 8) saatekirjale märgitud diagnoos ja kliiniline diagnoos RHK-10 järgi;
- 9) saatekirja number;
- 10) teadolevate ohutegurite andmed (nt allergia, kandlus (MRSA, ESBL) jms);
- 11) ülevaade patsiendi tervise seisundi muutusest, ravist (sh viimasel teenuse osutamise päeval manustatud ravimitest) ja konsultatsioonidest;
- 12) kokkuvõtte patsiendi toimetulekust ja talle osutatud õendusabist (sh patsiendi õpetamisest);
- 13) õendusprobleem(id) õendusabi osutamise lõppemisel;
- 14) õe tähelepanekud ja soovitus edaspidiseks;
- 15) õendusabi osutamise alustamise ja lõpetamise kuupäev ja kellaaeg;
- 16) õendusepikriisi vormistanud õe andmed (ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood, eriala);
- 17) õendusepikriisi koostamise aeg.

(6) Iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse ja koduõendusteenuse osutamisel on õendusepikriisile kohustuslik märkida:

- 1) käesoleva paragrahvi lõike 5 punktis 1 nimetatud andmed, suhtluskeel ja tundmatu isiku korral tundmatu isiku kood;
- 2) käesoleva paragrahvi lõike 5 punktis 2 nimetatud andmed;
- 3) teenuse osutamise alustamise ja lõpetamise kuupäev;
- 4) teadaolevate nakkushaiguste esinemise ja haigustega seotud ohutegurite andmed;
- 5) teenuse osutamise ajal tekkinud lamatise tekkimise aeg ja aste;
- 6) põhidiagnoosi andmed RHK-10 järgi;
- 7) patsiendi tervise seisundi ülevaate andmed (sh suhtlemine, kuulmine, nägemine, südame tegevus, kehatemperatuur, hingamine, valu, igapäevatoimingud, kognitiivse ja vaimse tervise seisund, magamine, naha seisund) teenuse osutamise alustamisel ja lõpetamisel;
- 8) tehtud õendustoimingute andmed (nt raviprotseduuride tegemine, tervise seisundi jälgimine dünaamikas, haiguspuhused õendustoimingud, patsiendi nõustamine);
- 9) tähelepanekud ja soovitus edasisteks tegevusteks;
- 10) dokumendi koostamise tehnilised andmed (aeg, number, õendusloa number, dokumendi staatus (vahekokkuvõtte, teenuse osutamine lõpetatud), teenuse liik (koduõendusteenus, iseseisev statsionaarne õendusabiteenus);
- 11) õendusepikriisi vormistanud õe andmed (ees- ja perekonnanimi, tervishoiutöötaja registrikood, eriala);
- 12) tervishoiuteenuse osutaja andmed (nimi, registrikood, teenuse osutamise aadress).

(7) Iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse ja koduõendusteenuse osutamisel märgitakse epikriisile lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 6 nimetatud andmetele järgmised teenuse eripärast tulenevad andmed:

- 1) teenusele suunamise saatekirja number;
- 2) täiendavad andmed patsiendi esindaja või kontaktisiku kohta (isiku üldandmed ja seos patsiendiga);
- 3) patsiendile koduõendusteenuse osutamise asukoha andmed;
- 4) patsiendi antropomeetria näitajate andmed;
- 5) patsiendi tervisekäitumise andmed (suitsetamine, alkoholi ja narkootikumide tarvitamine);
- 6) kahjustusega lõppenud kukkumiste andmed;
- 7) kasutatud ohutusmeetmete andmed;
- 8) rakendatud invasiivse vahendi andmed;
- 9) kaasuva diagnoosi andmed RHK-10 järgi;
- 10) põhihaiguse tüsistuse andmed RHK-10 järgi;
- 11) diagnoosi välispõhjuse andmed;
- 12) ravimiskeemi andmed;
- 13) antud konsultatsioonide ja tehtud koduvisiitide arv.

(8) Õendusepikriisi kinnitab selle koostanud õe oma allkirjaga.

(9) Iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse ja koduõendusteenuse õendusepikriisi täpsem andmekoosseis on kehtestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59² lõike 2 alusel kehtestatud määruis.

(10) Iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse ja koduõendusteenuse õendusepikriis tuleb edastada tervise infosüsteemi. Eraldi edastatav õendusepikriis kinnitatakse koostaja allkirjaga. Elektroonilise dokumendi puhul võib digitaalse allkirjastamise asendada asutuse digitaalse templiga, kui on eristatav selle koostanud isik. [RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019, lõikeid 3, 4, 6, 7, 9 ja 10 rakendatakse hiljemalt 1. jaanuarist 2021. a.]

15. jagu Tervisetõend

[RT I, 07.11.2014, 3- jõust. 10.11.2014]

§ 106¹¹. Tervisetõend

(1) Tervisetõend on tervishoiuteenuse osutaja koostatud dokument, millega tervisekontrolli tegija tõendab tervisetõendi taotleja terviseseisundit vastava kasutusala tingimuste ulatuses.

(2) Tervisetõendiga kinnitatakse tervisekontrolli alusel tehtud otsus tervisetõendi taotleja terviseseisundi kohta vastava valdkonna sätestatud kriteeriumite täitmise ja tegevusi takistavate tervisehäirete puudumise ja haigustest tingitud õnnetusjuhtumite vältimise või neist põhjustatud kahjude vähenemise osas.

(3) Tervisekontrollis tehtavad uuringud sätestatakse tervisetõendi väljastamist reguleerivas õigusaktis, tuginedes käesoleva määruse §-s 106¹⁶ esitatud uuringute loetelule.

(4) Tervisetõend väljastatakse käesoleva määruse lisas 33 esitatud andmekooseisu alusel.

(5) Tervisetõendina ei käsitleta teisi tervishoiuteenuse osutamise kohta koostatud dokumente, mis tõendavad isiku terviseseisundit.

§ 106¹². Tervisetõendi väljastaja

(1) Tervisetõendi väljastab tervishoiuteenuse osutaja.

(2) Tervisetõendi väljastajal on õigus keelduda tervisetõendi koostamisest, kui tal on põhjendatud kahtlus, et tervisetõendi taotleja on jätnud tervisetõendi väljastamisel olulist tähtsust omada võivad asjaolud avaldamata.

§ 106¹³. Tervisedeklaratsioon

(1) Tervisetõendi koostamise aluseks on tervisedeklaratsioon, milles esitatud andmete põhjal hindab tervishoiuteenuse osutaja isiku terviseseisundit.

(2) Tervisetõendi saamiseks esitab tervisetõendi taotleja tervisetõendi koostajale tervisedeklaratsiooni. Tervisedeklaratsiooni võib esitada elektroonselt tervise infosüsteemi vahendusel tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59² alusel kehtestatud andmekooseisus või paberil määruse lisas 34 esitatud andmekooseisus.

(3) Töötajate tervisekontrolli raames täidetakse töötaja tervisedeklaratsioon koostatakse töötervishoiu ja tööohutuse seaduse § 13¹ lõike 8 alusel kehtestatud andmekooseisus. [RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

§ 106¹⁴. Tervisetõendi koostamine ja edastamine

(1) Tervisetõend koostatakse ja vormistatakse elektroonselt tervise infosüsteemi vahendusel või vormistatakse otsus paberikandjal.

(2) Tervisetõend edastatakse tervisetõendi taotleja poolt viidatud asutusele elektroonselt tervise infosüsteemi vahendusel või väljastatakse tervisetõendi taotlejale tervisetõendi koostaja poolt allkirjastatuna paberil.

(3) Tervisetõendi võib koostada ja vormistada paberikandjal kui objektiivsetel põhjustel pole võimalik infosüsteeme kasutada. Paberikandjal koostatud ja väljastatud tervisetõendi otsus tuleb tõendi koostaja poolt digiteerida ja edastada tervise infosüsteemi mõistliku aja jooksul alates tõendi väljastamisest.

(4) Tervisetõendi kehtivusaeg võib olla tõendi väljastamist reguleerivas õigusaktis ette nähtud tähtajast lühem, kui tõendi väljastaja peab põhjendatuks tähtaega lühendada, arvestades tervisetõendi taotleja vanust, kaasuvaid haiguseid ja uuringute tulemusi.

§ 106¹⁵. Tervisetõendi muutmine

(1) Tervishoiuteenuse osutaja võib absoluutse meditsiinilise vastunäidustuse ilmnemisel kehtiva tervisetõendi otsust muuta.

(2) Kehtiva tervisetõendi otsust võib muuta ainult patsiendi tervisekontrolli käigus, teavitades sellest patsienti ja selgitades tervisetõendi otsuse muutmise aluseks olevaid asjaolusid.

§ 106¹⁶. Tervisetõendi väljastamiseks tehtavad terviseuuringud, vaatlused ja analüüsid

Tervisetõendi väljastamiseks tehakse terviseuuringud järgmisest loetelust vastava valdkonna seatud nõuete alusel:

- 1) arteriaalse vererõhu mõõtmine;
 - 2) nägemisteravuse kontroll ja vaatevälja hindamine;
 - 3) veresuhkru analüüs, välja arvatud juhul, kui tõendi taotlejale on vastav uuring viimase aasta jooksul tehtud ja selle kohta on olemas teave tervise infosüsteemis;
 - 4) objektiivne leid organsüsteemide kaupa;
 - 5) hemogramm viieosalise leukogrammiga, välja arvatud juhul, kui tõendi taotlejale on vastav uuring viimase aasta jooksul tehtud ja selle kohta on olemas teave tervise infosüsteemis;
 - 6) röntgenülesvõtte rindkere piirkonnast, välja arvatud juhul, kui tõendi taotlejale on vastav uuring viimase kahe aasta jooksul tehtud ja selle kohta on olemas teave tervise infosüsteemis;
 - 7) audiomeetria, välja arvatud juhul, kui tõendi taotlejale on vastav uuring viimase kolme aasta jooksul tehtud ja selle kohta on olemas teave tervise infosüsteemis;
 - 8) kompuuterperimeetria, välja arvatud juhul, kui tõendi taotlejale on vastav uuring viimase kahe aasta jooksul tehtud ja selle kohta on olemas teave tervise infosüsteemis;
 - 9) elektrokardiograafia, välja arvatud juhul, kui tõendi taotlejale on vastav uuring viimase kahe aasta jooksul tehtud ja selle kohta on olemas teave tervise infosüsteemis;
 - 10) elektrokardiograafia koormustest, välja arvatud juhul kui tõendi taotlejale on vastav uuring viimase kolme aasta jooksul tehtud ja selle kohta on olemas teave tervise infosüsteemis;
 - 11) uuring nakkushaiguste tekitajate suhtes, välja arvatud juhul, kui tõendi taotlejale on vastav uuring viimase aasta jooksul tehtud ja selle kohta on olemas teave tervise infosüsteemis.
- [RT I, 07.11.2014, 3- jõust. 10.11.2014]

§ 106¹⁷. Üleminekusätted

(1) Saatekirjana on käsitav kuni 2019. aasta 1. juulini ka epikriis, mis väljastatakse asutusesisesel suunamisel ambulatoorselt ravilt ambulatoorsele ravile ning mis sisaldab teisele tervishoiutöötajale selgelt eristatavaid suuniseid ja soovitusi patsiendi edasiseks käsitluseks.

(2) Saatekirjana on käsitav kuni 2020. aasta 1. jaanuarini ka epikriis, mis väljastatakse asutusesisesel suunamisel ambulatoorselt ravilt statsionaarsele ravile ning mis sisaldab teisele tervishoiutöötajale selgelt eristatavaid suuniseid ja soovitusi patsiendi edasiseks käsitluseks.

(3) Saatekiri, millel puudub kehtivusaeg, ei ole kasutatav ühe aasta möödudes selle kinnitamisest.
[RT I, 12.03.2019, 41- jõust. 15.03.2019]

4. peatükk RAKENDUSSÄTE

§ 107. Määruse jõustumine

(1) Määrus jõustub üldises korras.
[RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

(2) Käesoleva määruse § 25¹ kohaldatakse ka «Põhikooli- ja gümnaasiumiseaduse» § 100 alusel arsti poolt koolitervishoiuteenuse osutamise korral.
[RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

(3) [Käesolevast tekstist välja jäetud.]

(4) [Käesolevast tekstist välja jäetud.]

(5) [Käesolevast tekstist välja jäetud.]

(6) [Kehtetu - RT I, 31.07.2015, 2- jõust. 03.08.2015, rakendatakse alates 01.07.2015. a]

(7) Käesoleva määruse § 106⁵ lõike 1 punkti 2¹, § 106⁷ lõike 2 punkte 14–17 ning § 106¹⁰ lõikeid 3, 4, 6, 7, 9 ja 10 rakendatakse hiljemalt 1. jaanuarist 2021. a.
[RT I, 03.05.2019, 1- jõust. 06.05.2019]

(8) Käesoleva määruse § 4 lõike 1 punkti 5¹ ja 3. peatüki 5¹. jagu rakendatakse hiljemalt 1. septembrist 2020. a. [RT I, 12.09.2019, 1- jõust. 15.09.2019]

Lisa 1 Tervisekaardi esimene leht
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

Lisa 2 Tervisekaardi teine leht
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

Lisa 3 Tervisekaardi neljas leht

Lisa 4 Tervisekaardi esimene lisaleht

Lisa 5 Tervisekaardi teine lisaleht
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

Lisa 6 Tervisekaardi kolmas lisaleht

Lisa 7 Tütarlapse tervisekaart kaheaastaseks saamiseni

Lisa 8 Tütarlapse tervisekaart alates kaheaastaseks saamisest

Lisa 9 Poeglapse tervisekaart kaheaastaseks saamiseni

Lisa 10 Poeglapse tervisekaart alates kaheaastaseks saamisest

Lisa 11 Õpilase tervisekaart
[Kehtetu -RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

Lisa 12 Läbivaatuse andmed
[Kehtetu -RT I 2010, 57, 386- jõust. 01.09.2010]

Lisa 13 Saatekirja esimese lehe vorm
[Kehtetu -RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

Lisa 14 Saatekirja teise lehe vorm
[Kehtetu -RT I, 13.07.2018, 5- jõust. 16.07.2018]

Lisa 15 Haigusloo esimene leht

Lisa 16 Haigusloo teine leht

Lisa 17 Haigusloo epikriisi esimene leht

Lisa 18 Haigusloo epikriisi teine leht

Lisa 19 Haigusloo TISS-lehe esimene leht
[RTL 2009, 29, 383- jõust. 01.04.2009]

Lisa 20 Haigusloo TISS-lehe teine leht
[RTL 2009, 29, 383- jõust. 01.04.2009]

Lisa 21 Patsiendi haigusloo verekaardi esimene leht

Lisa 22 Patsiendi haigusloo verekaardi teine leht

Lisa 23 Veretoote tellimise haigusloo esimene leht

Lisa 24 Veretoote tellimise haigusloo teine leht

Lisa 25 Haigusloo transfusioonijärgse reaktsiooni protokolliga osa esimene leht

Lisa 26 Haigusloo transfusioonijärgse reaktsiooni protokolliga osa teine leht

Lisa 27 Operatsiooniprotokolliga vorm

Lisa 28 Haigusloo erakorralise meditsiini osakonna patsiendikaardi vorm

Lisa 29 Kiirabikaart
[RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

Lisa 30 Elustamiskaart

[RT I, 25.11.2014, 2- jõust. 28.11.2014]

Lisa 31 Geriaatrilise seisundi hindamise vorm

Lisa 32 Sünnieelne ja -järgne nõustamine ämmaemandusabis
[RTL 2010, 14, 272- jõust. 01.04.2010]

Lisa 33 Tervisetõend
[RT I, 07.11.2014, 3- jõust. 10.11.2014]

Lisa 34 Tervisedeklaratsioon
[RT I, 22.06.2016, 20- jõust. 01.07.2016]